



**PONTIFICA UNIVERSIDAD DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO FAMILIAR**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE  
SEGURIDAD A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE POSTGRADOS DE ÁREAS  
CLÍNICAS DE LA PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
EN EL AÑO 2017.**

**AUTORES**

KARINA PATRICIA AUCATOMA SALAZAR

MARÍA JOSÉ GAVILANES LLANGO

**DIRECTOR:**

FELIPE MORENO PIEDRAHITA. Dr.

**DIRECTOR METODOLOGICO:**

ALEXIS RIVAS TOLEDO. Msc

QUITO, AGOSTO 2017

## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico especialmente a mi familia; a los que amo con todo el corazón, quienes no solo me acompañan en cada decisión que tomo sino que caminan junto a mi lado; a los que con sacrificio y trabajo han permitido que termine una meta más en mi vida.

A mis compañeras de carrera que no solo me brindaron un consejo, me acompañaron en los momentos difíciles; y me hicieron parte de su historia, como una compañera y amiga.

A mis pacientes, que han confiado en mí, que no solo permiten que alivie sus dolencias sino que me entregan un poco de su corazón y me hacen parte de sus días.

Ningún logro sería posible si Dios no guiara mis pasos y me permitiera tener el tiempo y la oportunidad de mejorar y aprender, para beneficio del prójimo y la sociedad.

Karina P. Aucatoma Salazar

A Jesús, tu voluntad no me llevará a donde tu gracia no me proteja, no tengo más que un corazón agradecido por tu bondad.

A mi esposo, Flavio, que con tu inmenso amor lograste esperar este largo caminar, me has dado lo mejor de ti, con tal de verme feliz. Gracias por darme tu corazón.

A mis padres y hermanas, quienes han caminado conmigo durante mucho tiempo. Su educación y su amor han hecho de mí la mujer que soy.

A mis compañeras de postgrado, la amistad marco nuestros corazones y nos enseñó a ser no solo médicos de excelencia sino a valorar cada momento con mucho amor y humildad.

María José Gavilanes LL.

## AGRADECIMIENTO

A los tutores, que con su vocación en la enseñanza, han contribuido en la culminación de esta carrera, con sus conocimientos y ejemplo han sembrado el deseo de mejorar , un agradecimiento especial al Dr. (c) Alexis Rivas Toledo quien nos acompañó desde el inicio de esta investigación no solo con su presencia , sino con su tiempo y amistad para obtener el mejor resultado de esta investigación ; al Dr. Felipe Moreno Piedrahita, quien consolidó nuestros conocimientos , resolvió nuestras dudas y nos guio en la ejecución del presente trabajo.

A la Pontifica Universidad Católica del Ecuador, a la Facultad de Medicina en cuyas aulas pudimos formarnos para lograr terminar esta especialidad, a los compañeros postgradistas quienes nos brindaron su tiempo y colaboración para la realización de este trabajo.

Karina Patricia Aucatoma Salazar

María José Gavilanes Llango

## ÍNDICE GENERAL

Contenido	Páginas
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	13
2.1 HISTORIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	13
2.1.1 HISTORIA DE LA SEGURIDAD EN EL ECUADOR.....	14
2.2 DEFINICIONES.....	15
2.2.1 CULTURA DE SEGURIDAD.....	16
2.2.2 ERROR MÉDICO.....	18
2.2.2.1 DEFINICIÓN DEL ERROR MÉDICO.....	19
2.3 CAUSAS DE ERROR MÉDICO.....	20
2.3.1 DEFICIENCIAS DEL SISTEMA.....	22
2.3.2 ATENCIÓN SANITARIA.....	24
2.3.3 CLASIFICACIÓN DEL ERROR MÉDICO.....	24
2.3.4 EL EVENTO ADVERSO.....	25
2.3.5 PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS.....	26
2.3.6 EVENTOS CENTINELAS.....	26
2.4 FORMACIÓN Y EDUCACIÓN.....	28
2.4.1 ERROR MÉDICO Y LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE.....	29
2.5 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.....	30
2.5.1 ERROR MÉDICO Y PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.....	31

2.5.2 FACTORES QUE AFECTAN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.....	32
2.6 REDES DE APOYO.....	33
2.6.1 ERROR MÉDICO Y REDES DE APOYO.....	34
2.6.2 REDES FORMALES.....	34
2.7 PRACTICAS DE SEGURIDAD.....	35
2.7.1 COMUNICACIÓN DE ERRORES.....	36
2.8 ASPECTOS LEGALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD.....	37
2.8.1 EL ERROR MÉDICO EN EL CAMPO DEL ÁMBITO LEGAL...38	
2.8.2 ATENCION SEGURA DERECHO DEL PACIENTE.....	38
2.8.3 ASPECTOS LEGALES DE LA SEGURIDAD CLINICA EN EL ECUADOR.....	39
CAPITULO III: METODOLOGÍA.....	40
3.1.- JUSTIFICACIÓN.....	40
3.2.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.3.- OBJETIVOS.....	40
3.3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	40
3.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
3.4.- TIPO DE ESTUDIO.....	41
3.5.- UNIVERSO – SELECCIÓN DE INFORMANTES.....	42
3.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
3.7.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	43
3.8.-OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	44
3.9.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
3.9.1.- ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	47
3.9.2.- GRUPOS FOCALES.....	48
3.10.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	49
3.10.11 LECTURA Y TRANSCRIPCIÓN TOTAL DE LOS DATOS...50	
3.10.12 INFORMACIÓN ETNOGRAFICA.....	51
3.10.13 ORGANIZACIÓN DE LOS CAPITULOS.....	52
3.10.14 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	53

3.11 LIMITACIONES.....	53
3.12 ASPECTOS BIOETICOS.....	54
CAPITULO IV: RESULTADOS DEL ESTUDIO ETNOGRÁFICO CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE ÁREAS CLINICAS.....	55
4.1 FORMACION Y EDUCACION.....	55
4.2 CONOCIMIENTO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD.....	88
4.3 ERROR MEDICO.....	114
4.4 CAUSAS DE ERROR MEDICO.....	137
4.5 ACTOS EN LA PRESCRIPCION DE FARMACOS.....	168
4.6 REDES DE APOYO.....	190
4.7 CASOS SOBRE ERROR MEDICO.....	205
4.7.1 CASOS EN PRESCRIPCION DE FARMACOS.....	214
4.8 PRACTICAS.....	225
4.9 LEGAL.....	247
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	266
5.1 CONCLUSIONES.....	266
5.2 RECOMENDACIONES.....	271
BIBLIOGRAFÍA.....	276
ANEXOS.....	282
ANEXO 1. Guía de entrevista semiestructurada .....	282
ANEXO 2. Guía del grupo focal.....	285
ANEXO 3. Consentimiento informado.....	287

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N: 1 Componentes del Sistema Sanitario.....	22
FIGURA N: 2 Tipos de errores en los sistemas sanitarios.....	23

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N: 1 Clasificación de Leape.....	25
TABLA N: 2 Calidad de Atención.....	37
TABLA N: 3 Principios de Bioética.....	38

TABLA N: 4 Operacionalización de Variables.....	43
TABLA N: 5 Plan análisis de datos.....	49
SECCION RESULTADOS:	
TABLA N: 4.1 Percepciones sobre Formación y Educación.....	85
TABLA N: 4.1.1 Diferencias entre postgrados sobre Formación y Educación.....	86
TABLA N: 4.2 Percepciones sobre Cultura de Seguridad.....	111
TABLA N: 4.2.1 Diferencias entre postgrados sobre cultura de Seguridad.....	112
TABLA N: 4.3 Percepciones sobre Error Médico.....	134
TABLA N: 4.3.1 Diferencias entre postgrados sobre Error Médico.....	135
TABLA N: 4.4 Percepciones sobre causas de Error Médico.....	164
TABLA N: 4.4.1 Diferencias entre postgrados sobre causas de Error Médico.....	165
TABLA N: 4.5 Percepciones sobre actos en la prescripción de Fármacos.....	188
TABLA N: 4.6 Percepciones sobre Redes de Apoyo.....	202
TABLA N: 4.6.1 Diferencias entre postgrados sobre Redes de Apoyo.....	203
TABLA N: 4.7 Principales testimonios sobre casos de Error Médico.....	213
TABLA N: 4.7.1 Percepciones sobre Casos de Prescripción de Fármacos.....	214
TABLA N: 4.7.2 Diferencias entre postgrados sobre Casos de Fármacos.....	224
TABLA N: 4.8 Percepciones sobre Prácticas.....	242
TABLA N: 4.8.1 Diferencias entre postgrados sobre Prácticas.....	243
TABLA N: 4.8.2 Factores que afectan la Práctica de la Cultura de Seguridad.....	244
TABLA N: 4.9 Percepciones sobre el aspecto Legal.....	264

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N: 4.1 Análisis sobre Formación y Educación.....	87
GRAFICO N: 4.2 Análisis sobre Conocimientos de Cultura de Seguridad.....	113
GRAFICO N: 4.3 Análisis sobre Error Médico.....	136
GRAFICO N: 4.4 Análisis sobre Causas de Error Médico.....	167
GRAFICO N: 4.5 Análisis sobre Actos en la Prescripción de Fármacos.....	189
GRAFICO N: 4.6 Análisis sobre Redes de Apoyo.....	204
GRAFICO N: 4.8 Análisis sobre Prácticas.....	244
GRAFICO N: 4.9 Análisis sobre aspecto Legal.....	265

## RESUMEN

La cultura de seguridad en el paciente, está vinculada con actitudes y creencias que asume el personal sanitario para evitar cualquier daño que pueda ocasionarse en el ejercicio médico; es una necesidad en la práctica médica para generar un servicio de mayor calidad y proporcionar bienestar en el cuidado diario; por lo tanto, la cultura de seguridad abarca el conocimiento de las practicas seguras, el manejo adecuado de las normas para evitar alguna complicación, además de todas las pautas seguras que promuevan el correcto cuidado en la salud.

Esta investigación se enfocó en analizar la percepción que han adquirido los médicos postgradistas de las diferentes áreas clínicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, sobre el tema de la cultura de seguridad, analizando los conocimientos, actitudes y prácticas que podrían afectar la seguridad del paciente y su relación con la generación de errores médicos, con la práctica segura y con los factores propios de cada estudiante.

La metodología que utilizaron los investigadores fue: en primer lugar, la realización de entrevistas semiestructuradas (ver anexo 1), las cuales se llevaron a cabo en los diferentes lugares de formación de los estudiantes de postgrado de Emergencia, Pediatría y Medicina Familiar; bajo esta modalidad se logró entrevistar a 12 postgradistas tanto hombres como mujeres y previa firma del consentimiento informado (ver anexo 3).

En segundo lugar se realizó 3 grupos focales mixtos de las especialidades de Medicina Familiar, Pediatría y Emergencia; en promedio, cada uno constaba de 6 a 8 participantes, hasta lograr la saturación de la información; a continuación se analizaron cada una de las entrevistas y se procedió a la transcripción textual de las mismas para crear el informe escrito de esta investigación.

El análisis se realizó mediante el enfoque etnográfico, en el cual identificamos varios puntos de vista que nos permitieron evidenciar la existencia de desconocimiento sobre este tema en los médicos postgradistas, que se asocia a factores como el miedo que ejercen las nuevas leyes sobre la práctica médica, la falta de retroalimentación, la carga excesiva de trabajo que conlleva a mayor probabilidad de cometer errores médicos y una pobre educación sobre este tema tanto en el pregrado como en el postgrado. La cultura de seguridad constituye un grupo amplio de actitudes, conocimientos y



lineamientos en la práctica médica encaminados a brindar bienestar a los pacientes, se debe ampliar este conocimiento para que la práctica médica satisfaga las necesidades no solo del paciente, sino de la sociedad, encaminándonos a brindar una atención segura a todo el que lo requiera.

Finalmente con nuestra investigación se tuvo un acercamiento hacia el médico postgradista para que, desde su perspectiva, se pueda comprender las deficiencias en el conocimiento de esta temática en la práctica diaria y, a su vez, determinar cuáles son los causales que originan este desconocimiento, sabiendo la importancia que este tema tiene en el desarrollo de la seguridad del paciente.

**Palabras claves:** seguridad clínica, evento adverso, riesgo, formación en medicina.

## ABSTRACT

Safety Culture in patient, is linked to attitudes and beliefs that sanitary personnel assumes for avoid any damage can be caused in the medical exercise; It is a must in medical practice to generate a higher quality service and provide wellness in daily care; Therefore, Safety Culture encompasses knowledge of safe practices, proper management of standards for avoid complications, and all safe guidelines that promote proper health care.

This research is focused on analyzing the perception acquired by postgraduate physicians from different clinical areas related in topics of Safety Culture at *Pontifical Catholic University of Ecuador*, analyzing the knowledge, attitudes and practices that affects patient safety, and its relation with generation of medical errors, with safe practice and with factors of each student.

The methodology used by researchers was: first, semi-structured interviews (see Annex 1), which were carried out in the different training places of Family Medicine, Pediatrics and Emergency's Postgraduate Students; Under this modality it was possible to interview 12 postgraduates, both men and women, and after signing the informed consent (see Annex 3).

Second, 3 mixed focus groups were carried out in Family Medicine, Pediatrics and Emergency Specialities; On average, each one consisted of 6 to 8 participants, until saturation of the information was achieved; Each of the interviews was then analyzed and the textual transcription of the interviews was done to create the written report of this investigation.

The analysis was carried out through the ethnographic approach, in which it identifies several points of view that did not allow to evidence the existence of ignorance on this subject in postgraduate doctors, which is associated with factors such as the fear of new laws in medical practice, Lack of feedback, excessive workload that leads to greater probability of making medical mistakes and poor education on this subject in both undergraduate and postgraduate. The safety culture is composed of a broad group of attitudes, knowledge and guidelines in medical practice aimed at providing well-being to patients, this knowledge should be expanded for medical practice to meet the needs of only the patient, but of society, directing to provide a safe care to all who require it.

Finally, with our research we have had an approach towards the postgraduate doctor for that, from the perspective, it is possible to understand the deficiencies in the knowledge of this subject in the daily practice and, in turn, to determine what are the causes that know the importance of this topic in the development of patient safety.

**Keywords:** Safety culture, patient safety, adverse event

## CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

Debe ser considerada una prioridad el garantizar la atención segura tanto por las organizaciones sanitarias como por el profesional de la salud , de tal manera que el riesgo de daño provocado por errores o incidentes disminuya; los organismos estatales o gubernamentales generan un marco legal sobre este tema en la atención brindada al paciente sin embargo es importante que exista una adecuada educación sobre este tema a todos los que forman parte de las organizaciones sanitarias para crear una cultura positiva, la cual es resultado de las creencias, las actitudes , los valores ,las competencias ,las percepciones de todas las personas que conforman las organizaciones de salud.

Si partimos de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual define a la seguridad como el reducir los riesgos que puedan ocasionar daños innecesarios en la atención médica llevándolo a un mínimo aceptable; es decir haciendo uso de los recursos que se dispone, de los cuidados necesarios, del conocimiento adecuado y evaluando el uso de tratamientos frente al no tratamiento para brindar lo mejor al paciente con la mayor seguridad posible. (Wilson, 1995).

El desarrollo organizacional sanitario vinculado con la creación de una adecuada cultura de seguridad promueve el aprendizaje continuo, la innovación de procesos, el trabajo en equipo todo esto enfocado a mejorar la productividad, el clima laboral, la competitividad del profesional sanitario y por ende la fomentación de una atención segura (Carrada, 2002); este mismo autor concluye que el promover una cultura de prevención en donde exista un adecuado sistema de reporte, una adecuada identificación de la causa que origina el error, los incidentes, los eventos adversos, que promueva el no castigar el error sino en corregirlo y buscar sus causales mejoran continuamente la calidad en la atención que se brinda.

La fomentación de una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las organizaciones de salud es considerada un requisito primordial para mejorar la calidad de atención al disminuir los eventos adversos y generar un aprendizaje proactivo; como consecuencia generando comportamientos que mejoran el proceso de salud y que evitan que nuevos eventos adversos vuelvan a ocurrir (Sorra, 2007).

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

*«El hombre que no comete errores, hace muy poco en la vida.» Edward J Phelps.*

### 2.1 HISTORIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Decenas de pacientes, cada año, reportan lesiones incapacitantes o mueren en todo el mundo, esto como consecuencia de atenciones o prácticas médicas inseguras. Uno de cada Diez pacientes sufren algún daño en hospitales tecnológicamente equipados o bien sustentados económicamente., por lo tanto se desconoce el daño en atenciones médicas inseguras en el entorno hospitalario diferente al mencionado y en los países en vía de desarrollo por lo tanto estas pueden ser superiores a los reportados en países desarrollados, ya que aquí se encuentra limitación tanto en recursos humanos, tecnología e infraestructura. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El costo de una atención insegura en los Estados Unidos va desde los US\$ 6000, hasta US\$ 29000 millones al año e incluye gastos médicos, hospitalizaciones, infecciones nosocomiales y discapacidad. Además se ha registrado costes por inyecciones administradas El coste anual generado por las inyecciones administradas sin precauciones de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos médicos directos. Por lo tanto la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud. Esta Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Desde el año 2001, la seguridad del paciente es considerado por el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos como una de las seis dimensiones y atributos esenciales de la calidad de los servicios de salud. (Da Silva Gama, 2013)

En mayo del 2002, la Asamblea Mundial De La Salud prueba y pide a los estados miembros que se preste mayor atención al problema de seguridad del paciente, además

que se establezca y se consolide sustentos de base científica, todo esto necesario para mejorar la seguridad del paciente y por lo tanto la calidad de atención médica. Esta asamblea insiste a la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaborar patrones o normas mundiales para apoyar a los estados en la elaboración de prácticas y políticas relacionadas a la seguridad del paciente. (Organización Mundial de la Salud, 2006).

En este contexto, la Asamblea Mundial de la Salud número 57 aprobó con agrado esta propuesta de establecer estos pactos internacionales que faciliten estas normas o políticas y establezcan a su vez prácticas seguras en todos los estados miembros y a su vez apoye el logro de metas en gran escala. Es así que se considera a la seguridad del paciente como un principio importante y fundamental de la atención sanitaria. (Organización Mundial de la Salud, 2006).

La repercusión económica dada por una atención médica sin las suficientes medidas de precaución en seguridad también es asombrosa por lo que mejorar la seguridad del paciente requiere esfuerzo de todo el sistema el cual comprende una gran y amplia gama de pasos dirigidos hacia mejorar el desempeño, los riesgos y la gestión. También se incluye el control de infecciones, el uso racional o seguro de medicamentos, equipos y el ambiente en donde se presta atención médica. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

### 2.1.1 HISTORIA DE LA SEGURIDAD EN EL ECUADOR

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) como ente máximo de salud en Ecuador establece que“... ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad”. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

Por lo tanto se determina la importancia de trabajar en la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, siendo las autoridades sanitarias las responsables de su uso y aplicación, así como también la vigilancia de normativas y su control; finalmente ajustar los lineamientos que influyan directamente en la disminución de la ocurrencia de eventos adversos y minimicen el error médico, por medio del uso de barreras de

seguridad en cada proceso de atención tratando de que estos a su vez sean proactivos y responsables. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

La definición más actual de seguridad, dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud” . (Organización Mundial de la Salud, 2017)

## 2.2 DEFINICIONES

### 2.2.1 CULTURA DE SEGURIDAD

La cultura de seguridad del paciente es la suma de modelos de comportamiento actitudes y competencias tanto colectivos como individuales que ocasionan una influencia en las organizaciones sanitarias; la medición de la misma genera información importante sobre la percepción y el manejo de la seguridad. (Department of Health,2000)

La actividad laborar que se desempeña en el ámbito sanitario conlleva una responsabilidad con el usuario que hace uso de estos servicios y prestaciones brindadas por el personal sanitario; la implementación y desarrollo de una cultura positiva sobre seguridad del paciente se convierte en un objetivo imperativo para disminuir o impedir la generación de efectos adversos o errores clínicos ; de igual forma es importante generar una retroalimentación positiva que permita a las personas que forman parte de la organización sanitaria aprender de una manera proactiva dando como consecuencias procesos que disminuyan estos errores en la práctica diaria, evitando de igual forma que estos se vuelvan a repetir. (Department of Health,2000)

La cultura de seguridad involucra a todo el personal sanitario (organización, equipo y personal) los cuales poseen una conciencia persistente y activa de la situación que conllevan un riesgo de salir mal, he incentivan el aprendizaje en base a los errores para lograr que estas situaciones no se vuelvan a producir. (Aramini, 2007).

Se conceptualiza entonces que la *Cultura de seguridad* como el conjunto de actitudes, competencias, valores, percepciones y modelos de conducta individuales y colectivos que establecerán el comportamiento de la organización en relación a la gestión de seguridad de la misma. (Aramini, 2007).

La OMS, promueve que todas las instituciones sanitarias implementen la *Cultura de Seguridad Positiva* en donde se hace hincapié en la confianza que debe tener el personal

para mejorar la comunicación ; permitiendo el reconocimiento de errores, el aprendizaje en base a los mismos y dando como resultado conductas para rectificar estas situaciones. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

El beneficio de implementar esta cultura de seguridad positiva se resume en los siguientes puntos:

- Disminuir la gravedad de los incidentes relacionados con la seguridad, reducir la recurrencia de los mismos con notificaciones y generar un aprendizaje positivo.
- Implementar una estrategia que ayude a prevenir errores que logre disminuir los daños que se puedan presentarse; tanto físicos como psicológicos en los pacientes, permitiendo una comunicación abierta ante la presentación de un evento adverso.
- Evaluar los riesgos que afecten la seguridad del paciente, generando resultados que permitan mejorar la gestión de recursos implementando una evaluación eficaz y un cambio de conducta en base al conocimiento.
- Medición de conductas positivas que mejoren la conducta de seguridad del paciente en el ámbito laboral

Las instituciones como el personal sanitario deben brindar una atención que evalúe el riesgo de acciones inseguras en la práctica diaria, para lograr este objetivo no es suficiente con la implementación de todas las normas de seguridad estipuladas por los estamentos gubernamentales o institucionales, sino que es necesario establecer una cultura de seguridad que se contemple como la primera buena práctica en el ejercicio de la medicina. (Da Silva Gama, 2013).

Según la *Agencia de Investigación y Calidad del Servicio* (AHRQ) de EEUU, en la publicación de su informe en el año 2004 menciona que la creación de una cultura de seguridad, resta de ser punitivo; al evitar encontrar culpables para generar un castigo, y pasa a adquirir un carácter educativo que mejora el ambiente de trabajo y promueve un aprendizaje continuo basado en la retroalimentación positiva. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).



El National Quality Forum (NQF) de EEUU, publicó en el año 2003 una asociación de “prácticas seguras”, que a su vez evidencia que su aplicación logra la efectividad en la disminución de eventos adversos y demuestra su alta posibilidad de generalización, por lo tanto, deberían ser aplicadas en los hospitales en general. En este informe del NQF, señala que la cultura de seguridad del paciente fortalece la seguridad en las instituciones, se reforzó con la última actualización lanzada en el 2010, en donde señala a más de la importancia de la cultura de seguridad, la elaboración de intervenciones oportunas y los elementos indispensables para concluir o llevar en acción recomendaciones. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017).

Dado estas observaciones y afirmaciones expuestas la medición o análisis de la cultura de seguridad tiene como objetivo principal cuantificar tanto las debilidades las fortalezas en cada una de estas subculturas, para implementar las intervenciones de mejoras, tanto en conocimientos , actitudes y prácticas , así como también los incidentes o efectos adversos reportados. (Da Silva Gama, 2013).

A pesar de que existe poca evidencia sobre cultura de seguridad y la relación con el alto reporte de errores médicos y eventos adversos, ya se conoce que la falta de esta cultura es un importante factor que contribuye a su apareamiento. Se puede observar los efectos positivos al mejorar las tácticas de seguridad en otros sectores que no son de salud como la industria, la aviación etc. Todos estos sectores caracterizados por tener una sólida cultura de seguridad dentro de sus instituciones. (Da Silva Gama, 2013).

A pesar de todo ello el reconocimiento de su importancia y la medición del nivel de cultura de seguridad aún no es habitual en el campo de salud del país y poco se conoce de los factores que se asocian entre sí y con un componente fundamental como es la psicología de las organizaciones de salud el cual es clave para optimizar las mejoras

Se resume entonces, que para prevenir posibles errores médicos y eventos adversos en la atención medica diaria, corregir estos errores, aprender de ellos, reconocer y actuar a tiempo es muy indispensable para iniciar un clima de cultura de seguridad a través del fortalecimiento y mejoras continuas de la calidad en la atención en salud. Todo esto define las características y puntos óptimos de las prestaciones en los servicios de salud. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

La cultura de seguridad por lo tanto sería el indicador, factor o eslabón básico e importante que favorece y fortalece el inicio de buenas prácticas clínicas y

adicionalmente la utilización de otros métodos como notificación de efectos adversos, incidentes y el aprendizaje basado en los problemas. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

### 2.2.2 ERROR MÉDICO

To Err is Human (“Errar es humano”) , publicado en 1999, su informe tuvo un impacto tan alto que puso en alarma a las diferentes instituciones sanitarias en lo que se refiere a eventos adversos y error médico , dado por problemáticas relacionados con la seguridad en estas instituciones. En esta publicación se describe a dos grandes estudios, uno realizado en Colorado - Utah y el otro en Nueva York, en donde se encontró que los eventos adversos ocurrieron en 2,9 y 3,7 por ciento en hospitalizaciones, respectivamente. En la primer estudio el 6,6% de los eventos adversos llevaron a la muerte, en comparación con el 13,6 por ciento en el estudio en Nueva York. Concluyen que en ambos estudios, más de la mitad de estos eventos adversos, sí se pudo haber evitado. Concluyen que al menos 44.000 personas estadounidenses mueren cada año como resultado de algún error médico. (Khon, 1999)

Por lo tanto, con estos datos en EEUU, el evento adverso constituye la octava causa de muerte por encima de los accidentes de tránsito, síndrome de inmunodeficiencia adquirida e incluso el cáncer de mama. (Vázquez-Frías, 2011)

En 1999, el Dr Gawalde, en un trabajo publicado por Zegers et al. Describió un error médico suyo y enfatizó la importancia de esto pues puede sucederle aun a los médicos con mucha más experiencia y más preparados. Esta información reafirmo con tal seguridad los hallazgos del “estudio Harvard”, un trabajo publicado por Brennan et al., acerca de la importancia de los eventos adversos y el error médico dados por la atención insegura, y fortaleció la realización de otros estudios que identificaron el mismo problema en distintas partes del mundo. (Zegers M, 2009)

Ante estos hallazgos, organismos e instituciones internacionales han considerado la seguridad del paciente como un problema de gravedad y con consecuencias a gran impacto.

En el año 2005 la Comisión Europea y Consejo de Europa se une con la OMS para el fortalecimiento de estos sistemas. En España, el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) evidenció que la incidencia de efectos adversos ligados a la asistencia sanitaria en los Hospitales Españoles fue un 9,3%, y la

incidencia de efectos adversos ligados con la atención hospitalaria fue en un 8,4%, estos datos pueden ser similares a los encontrados en varios países latinoamericanos según fuentes del MSP.

El estudio IBEAS en América Latina, ha demostrado que 10 de cada 100 pacientes que ingresan a un servicio de salud han sufrido un daño producido por los cuidados hospitalarios y este riesgo es duplicado si tomamos en cuenta todo el tiempo de hospitalización o atención. Entonces 20 de cada 100 pacientes ingresados presentarían al menos un tipo de evento adverso por no llamarlo error médico a lo largo de su estancia en una institución sanitaria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

Con estos modelos en el Ecuador con respuesta a estos llamados, el Ministerio de Salud Pública, se ha involucrado en la problemática desde la visión de la calidad de los servicios de salud, por lo cual en el año 2013 fortalece el proyecto de Acreditación Hospitalaria con base al Modelo Canadiense, aporte de gran importancia que impulsa las necesidades en el área de seguridad del paciente e impone a esta como un pilar de la gestión en salud y la atención sanitaria, en todas las instituciones sanitarias del territorio ecuatoriano. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

#### 2.2.2.1 DEFINICIÓN DEL ERROR MÉDICO

Según la Real Academia de la lengua Española, un error es un «concepto equivocado o juicio falso, acción desacertada». El Institute of Medicine lo refiere como: «La falla de una acción planeada para ser completada como fue concebida, o el uso de un plan erróneo para lograr un fin», Grober dice que es: «Un acto de omisión o comisión en la planeación o ejecución, que contribuye o puede contribuir a un resultado no intencionado». (Vázquez-Frías, 2011)

Bertrand define al ERROR MÉDICO, como una inadecuada conducta del profesional de la medicina que se basa en la inobservancia técnica capaz de producir daño a la vida o gravedad en la salud tanto por impericia, impudencia o negligencia. No se debe confundir error con iatrogenia, ya que la iatrogenia es la lesión generada a un paciente a causa de una atención a la solicitud. La iatropatogenia es la lesión causada por la negligencia, la impericia y la temeridad. (Bertrand, 2002)

Estos términos son algo contradictorios ya que el médico jamás quiere dañar a su paciente, sin embargo el término “error” ya es culturalmente culpar y lleva a tener

sentimientos de ira, decepción y depresión. En nuestros días los términos como: incidente es considerado como que es una falta en la toma de decisiones y por lo tanto puede o no puede causar un evento adverso, ya que esto se considera una lesión dada por el médico y no por el estado clínico del paciente. El sistema moderno de salud es ahora la actividad más compleja en el que ahora la humanidad se desempeña, ya que no solo se trabaja con persona, sino con drogas, tecnología, extensos escenarios clínicos y la combinación enfermedad - paciente que son únicas. Por lo tanto mientras más compleja es una actividad mayor es el riesgo de error o evento adverso. (Vázquez-Frías, 2011)

Adjuntamente a esto los médicos tienen raíces culturalmente diferentes y bases educativas extensas que hace que difieran en su enfrentamiento del escenario enfermedad - paciente. A la hora de buscar un médico, casi siempre se busca la perfección en el diagnóstico y tratamiento, el médico a su vez se prepara varios años adquiriendo conocimientos, habilidades y esfuerzos, incluso prolongando aún más su tiempo de estudio incluso en otros países para llegar a esta meta, sin embargo la perfección no siempre es posible, por no decir imposible. (Bertrand Parra, 2002)

Al querer mejorar la seguridad en la atención del paciente, la primera batalla que debemos ganar según Bertrand et al, es reconocer al error como algo posible en la práctica médica diaria.

Frecuentemente los errores o efectos adversos no son reportados por el miedo a la crítica del paciente, al castigo laboral, al juicio familiar, el aspecto legal e incluso el auto juzgamiento. El 10 % de los pacientes hospitalizados sufren algún tipo de lesión derivada de la atención médica. (Vázquez-Frías, 2011).

### 2.3 CAUSAS DE ERROR MÉDICO

Existen diversas causas del error médico; los más conocidos surgen cuando el profesional médico actúa con negligencia, impericia o imprudencia y mala praxis.

El Diccionario Médico legal, de los derechos del paciente define los siguientes conceptos:

*Negligencia:* Acto de descuido, Es una omisión consciente, dejar de cumplir un acto que se exige. Es decir el acto que alguien prudente no lo habría realizado u ocasionado. Por

lo tanto tiene como resultado los daños o lesión de una persona. En materia penal, es punible.

*Impericia:* Es la falta parcial o total de la experiencia, conocimientos técnicos, teóricos, o habilidades en el actuar médico. En otras palabras es la carencia básica o mínima de los conocimientos necesarios para un correcto actuar médico.

Es aquí que si un médico no puede atender un paciente debe referirlo a otro médico que si puede hacerlo. Esto es una regla que se aplica en todos los campos de la salud. Esta es una norma que aplica también a los dentistas y otros profesionales de la salud, "medical malpractice".

*Imprudencia:* todo acto que se realiza con ligereza, sin precauciones es la ausencia de moderación o templanza. Es la conducta totalmente opuesta a un buen consejo y emprender o iniciar actos fuera de lo normal, esto implica una conducta peligrosa.

*Mala Praxis:* Actuación que no se ajusta a los conocimientos actuales y vigentes de la medicina, ya sea por desidia, ignorancia, mala organización e imprudencia que ocasiona un daño transitorio permanente e incluso la muerte en el paciente. (Diccionario médico legal, 2008)

Adicionalmente, se ha investigado en torno a otras posibles causas del origen de los errores médicos. Estos nacen a su vez tanto de factores internos como externos como:

- Fatiga (exceso de trabajo)
- Descuido
- Deficiencias de comunicación interpersonal
- Procesamiento imperfecto de la información
- Merma en las capacidades
- Temor
- Sobrecarga cognitiva o laboral
- Falta de conocimientos
- Inexperiencia
- Juicio defectuoso
- Confianza excesiva
- Alteraciones de la personalidad
- Síndrome de agotamiento profesional o «burn-out» (Bertrand Parra, 2002)

Por lo general un error médico puede traumatizar y hacer desconfiado al paciente, siendo esto devastador para la mayoría de médicos. De ahí el término que ahora se conoce como “segunda víctima” ya que después de un error la capacidad y la integridad siempre se cuestionaran además que se verán afectadas la relación médico paciente y la relación con su familia.

Todo lo citado resulta en una cascada de consecuencias ya que lo descrito conduce a una práctica médica «defensiva» que se caracteriza por el uso realmente excesivo de métodos tanto terapéuticos como diagnósticos, referir o transferir a pacientes sin ningún fundamento médico específico, el rechazar casos que se los considera difíciles tanto por la condición del paciente como por el posible diagnóstico, limitar información al paciente y a la familia ya que se crea la imagen de posibles enemigos en el proceso. (Vázquez-Frías, 2011)

### 2.3.1 DEFICIENCIAS DEL SISTEMA:

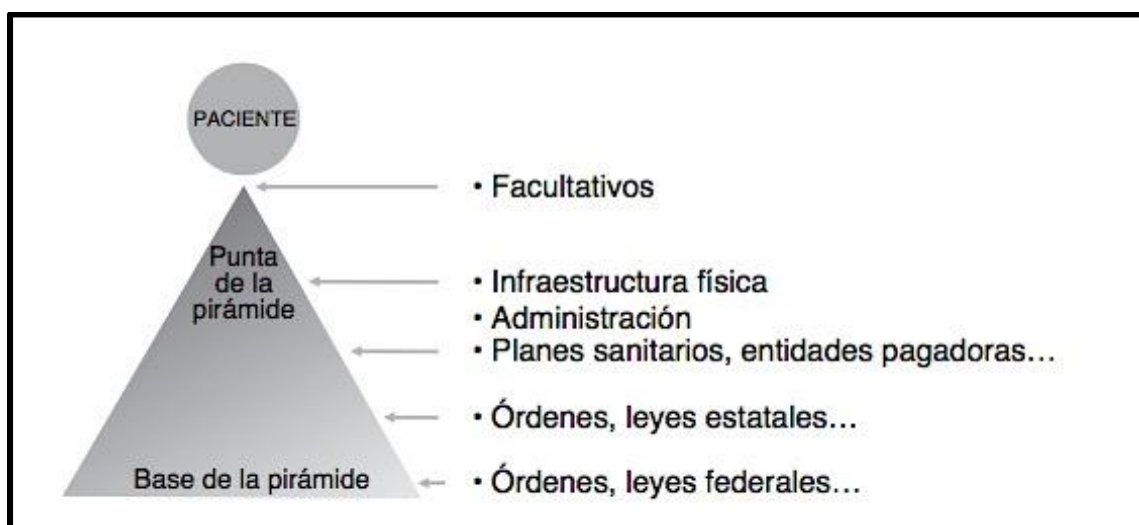


Figura 1. Componentes del Sistema Sanitario

Fuente: Teoría del error médico (Gluck 2008)

El gráfico mostrado por (Gluck 2008) indica una pirámide en cuya punta se sitúa el paciente, en la parte más alta se ubica los profesionales sanitarios conformados por médicos, enfermeras fisioterapeutas y resto del personal que se encuentra directamente en contacto con el paciente; es decir son los que brindan los cuidados de manera

directa; sin embargo el resto de la pirámide muestra la infraestructura directamente relacionada con la parte administrativa y en la base se encuentra todo lo que son las leyes y normativas legales; al observar este esquema podemos determinar que la atención que se le brinda al paciente no depende de un solo factor sino que es la mezcla de todos los factores lo que determina una adecuada atención para el paciente.

Si analizamos con detalle este esquema vemos que los errores cometidos por los profesionales que se encuentran más cerca del paciente producen un efecto directo sobre este, por tanto las deficiencias en conocimientos y destrezas es la causa principal de este tipo de errores los cuales son considerados evitables (Santamaría-Benhumea, 2014), pero el resto de factores que se sitúan en la pirámide que son las deficiencias de los sistemas sanitarios ocasionan errores latentes que se manifiestan cuando se unen varios factores.

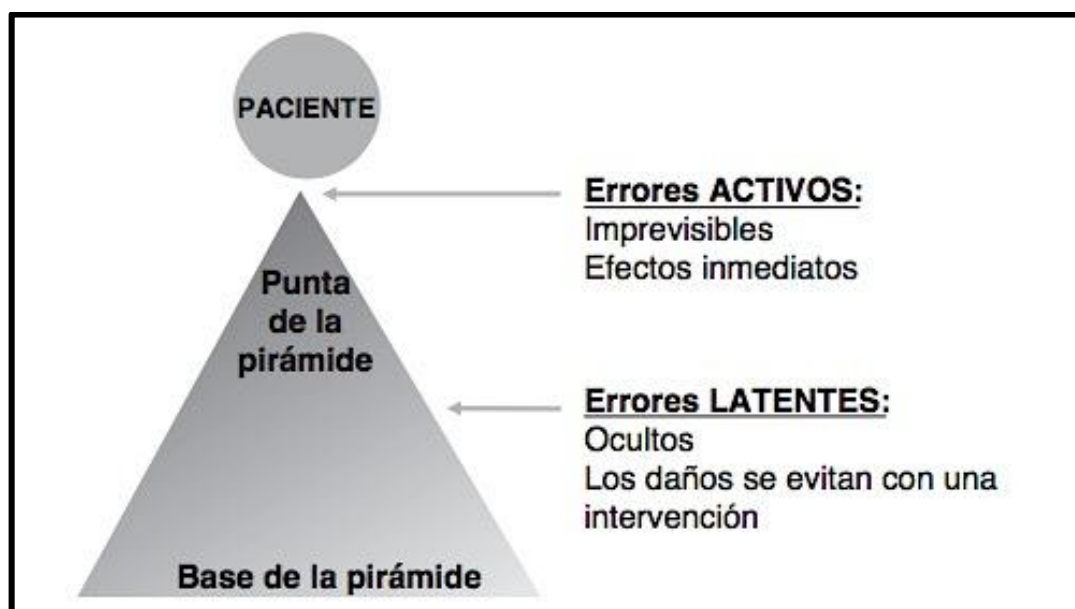


Figura 2. Tipos de errores en los sistemas sanitarios

Fuente: Teoría del error médico (Gluck 2008)

### 2.3.2 ATENCIÓN SANITARIA:

La asistencia sanitaria es una de las actividades más complejas que desarrolla el ser humano porque conlleva el uso de complejas tecnologías, educación dispar por los profesionales, barreras de comunicación, sobrecarga y presión laboral (Kiker 2000); toda esta complejidad origina que ocurran interacciones inesperadas que ocasionen errores, una estrategia para disminuir esto es estandarizar los procesos.

### 2.3.3 CLASIFICACIÓN DEL ERROR MÉDICO

Existe una variedad muy amplia en cuanto a la clasificación errores médicos, lo más común es recordar al error activo y latente.

**Activo:** Cuando el error tiene consecuencias inmediatas y se relacionan a impericia y negligencia. La impericia es la falta de habilidad o práctica, falta de conocimiento o destreza, mientras que la negligencia se asocia al descuido o la falta de atención.

**Latente:** se refiere por lo general al sistema y se necesita de tiempo para que se dé a conocer, por lo común asociados al sistema, el entrenamiento, capacitación o la organización en el lugar del trabajo.

Según la CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje Médico, existen errores excusables e inexcusables. El **excusable** se refiere a un mal juicio, es decir la mala interpretación de los hechos que viene a partir de una lógica de pensamiento que fue correcta, por ejemplo, en enfermedades que tienen síntomas similares y cuya manifestación ni es tan clara es decir puede ser subclínica. Los errores **inexcusables** son aquellos hechos a los que se los llama que se pudieron haber evitado, son por lo tanto el resultado de la falta de pericia o descuido.

Para representar las formas de error médico en las diferentes etapas de la atención médica la clasificación de Leape enumera ciertos aspectos que se puede aplicar a cualquier especialidad médica: (Juárez-Díaz, 2003)

<b>I. Diagnósticos (errores o retraso en el diagnóstico).</b>
a) Falla para ordenar los estudios adecuados.
b) Uso de un estudio o tratamiento fuera de uso.
c) Falla para actuar de acuerdo a los resultados de estudios o de monitoreo
<b>II. Tratamiento (error en la realización de una cirugía, procedimiento o estudio).</b>
a) Error al administrar el tratamiento.
b) Error en dosis o método para administrar un medicamento.
c) Retraso prevenible en el tratamiento o en respuesta a un estudio anormal.
d) Cuidado inapropiado.
<b>III. Preventivos (falla para otorgar tratamiento profiláctico).</b>
a) Monitoreo inadecuado o falla en el seguimiento del tratamiento.



IV. Otros
a) Falla de comunicación.
b) Falla de equipo.
<i>Tabla N: 1. Tomado de: Juárez-Díaz González NL, Tena-Tamayo C. Error y conflicto en el acto médico. 2003. Elaborado por Aucatoma, Gavilanes.</i>

El abordaje del error médico se lo puede realizar de dos maneras: el personal y el sistémico. El personal, es cuando se culpa al individuo y se trata de esconder por lo tanto no se podrá aprender de él y por lo tanto evitar su recurrencia. El sistémico en cambio acepta que hasta los más expertos pueden fallar, por lo tanto su causa se explora dentro del sistema institucional, al problema se lo investiga desde su raíz y luego se lo rediseña con el fin que este no vuelva a suceder y no tenga consecuencias graves.

En la actualidad no existe un estándar de oro que nos permita detectar a todos los errores médicos o eventos adversos tempranamente, lo que si hay una creciente evidencia para la toma de decisiones en medicina pero en la práctica médica con base en investigación y evidencia es aun joven y todavía inestable. Entonces hay q aceptar que es muy modesto el crecimiento en relación al error médico y la seguridad del paciente, aunque hay que aceptar que en los últimos 10 años un gran número de hospitales son más seguros. Es una labor titánica con obstáculos sumamente enormes crear una cultura de seguridad. Por lo tanto debemos guiar a la nueva generación de héroes que estarán en el cuidado de salud y no solo en esta sino también en el avance de la seguridad del paciente. (Vélez-Álvarez, 2006)

#### 2.3.4 EL EVENTO ADVERSO

Se ha nombrado hasta ahora que consecuencia de un error médico puede ser un efecto adverso, sin embargo hay que nombrar que la posibilidad de hallar un evento adverso no siempre va ligada a un error médico.

En estos casos debe considerarse dos distintas posibilidades:

- En ausencia de error médico siempre se espera que el resultado de una intervención médica fuer la esperada y que esté libre de eventos adversos, situación que no siempre pasa provocando confusión en los pacientes e incluso en los mismo médicos. Concluyendo que los eventos adversos pueden pasar precedidos o no de un error médico.

- Un error médico pueda que haya existido, pero no fue identificado y notificado en tales casos quedaría constancia que nunca existió un error médico, en donde esta situación se la denomina como cuasi falla, y esta es la situación más frecuente que de un efecto adverso solo en sí. (Vázquez-Estupiñán, 2006)

Se presenta algunos datos en virtud de señalar la importancia de este problema, se presentan algunos datos obtenidos de estudios realizados en Estados Unidos de América

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7 %.
- Los eventos adversos llevan a la muerte a los pacientes entre 6.6 y 13.6 % de los casos.
- Un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos tienen el octavo lugar como causa de muerte, por arriba de los accidentes en vehículo, cáncer de mama o sida. (Khon LT, 2002)

### 2.3.5 PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS.

Los más comunes eventos adversos son los efectos secundarios de los medicamentos y su intolerancia, las reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas y escaras por presión.

Dentro de estos existe un grupo de ellos particularmente graves, que pueden tener afectación en la salud o la vida del paciente.

Se propone denominar a este grupo de eventos adversos como: “eventos centinela

### 2.3.6 EVENTOS CENTINELAS

Se llama evento centinela a un *“hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”* (Joint Commission on Accreditation of Health Organization). Los principales que se anuncian en la literatura son:

- ° Muerte materna.
- ° Reacciones transfusionales.

- ° Transfusión de grupo sanguíneo equivocado.
- ° Infecciones intrahospitalarias.
- ° Reacciones adversas graves a medicamentos.

En base a estas definiciones todo efecto adverso así como el error médico puede ser: prevenibles y evitables, o bien, inevitables; cuando las causas no pueden ser conocidas, o ser modificadas y pueden estar relacionadas como vimos anteriormente a un error.

Existen diferentes causas de eventos adversos en donde pueden enumerarse infinitas situaciones desde falla en infraestructura, fallas en el proceso o en las organizaciones, el proceso mismo de la atención medica – hospitalaria, las competencias del médico y fallas del paciente. (Gallardo-Rincón, 2006)

¿Cómo podemos prevenir estos eventos adversos?, el punto principal en la prevención de estos se aplica en la identificación, control y prevención de los riesgos que son capaces de ocasionarlos.

Los principales factores para evitar estos eventos sin error médicos son:

- Resolver los conflictos estructurales que casi siempre son todos fáciles de identificar, generar y resolver.
- Se debe tomar como prioridad las medidas de seguridad del paciente dentro de la organización y proyectos en los servicios de salud, teniendo siempre en cuenta los riesgos a que está sujeto durante la atención y su hospitalización, siempre con el propósito de brindar la mayor seguridad posible.
- El equipo, el material de consumo y los medicamentos deben ser sometidos a controles de calidad y deben ser los suficientes para la población de la región.
- Debe ser suficiente el mantenimiento de los equipos que son permanentes, en los cuales se certifique que estos no son de riesgo para el paciente.
- Mucho énfasis en la actualización, capacitación y selección del personal en tanto a los conocimientos médicos vigentes. Esto a su vez permite certificar y garantizar la competencia profesional y a su vez esta sea congruente con las necesidades dela población.

Los principales factores para evitar estos eventos con error médicos son:

Todos los siguientes enunciados se basan cuando el medico tiene un criterio clínico incorrecto.

- La estandarización de guías clínicas permite tener mayor seguridad y a su vez disminuir las posibilidades de cometer un error médico, esto particularmente cuando se encuentran en situaciones clínicas.
- Aplicar los preceptos de la medicina basada en evidencias que nos permita tener certeza manifiesta, de la que no se puede dudar, es la prueba de estudios en la que demostraron algo por lo tanto nos permite actuar con seguridad.
- Actualización de conocimientos que nos permita tener competencias profesionales, se aplica también a la actualización de destrezas y el desarrollo de un razonamiento clínico siempre buscando las evidencias con mayor peso investigativo disponibles. (Fernández, 2004)

Todos estos enunciados se basan principalmente en la creación futura de procesos dirigidos a mejoras en la calidad de atención. Todos estos programas deben tener acápites de la atención, detección, reporte y manejo de a los eventos adversos, y a su vez su retroalimentación o posibles soluciones. Es por eso que se propone a nivel mundial promover un cambio cultural, por medio del desarrollo de un pensamiento disciplinado, que nos conduzca a la crítica, investigación y análisis de las posibles causas de los eventos adversos en la atención médica. Además es necesario que el paciente tenga confianza no solo en el médico sino también en la institución, en el buen estado de los equipos o implementos, en la seguridad física de sus pertenencias y persona. A su vez el paciente siempre estará invitado por no decir obligado a participar en la toma de decisiones que ayude a aliviar y curar su enfermedad, a tener tiempo para exigir ser escuchados y preste atención a cada una de las recomendaciones e información dada por los profesionales. (Venegas, 2016)

## 2.4 FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

### 2.4.1 ERROR MÉDICO Y LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE.

Durante la formación del postgrado uno de los objetivos es crear profesionales para ejercer la práctica médica de forma independiente. Por lo anterior, los programas de postgrado siempre se van renovando en el tiempo y se van desarrollando en visión a la formación clínica adecuada, siempre supervisada por expertos, con bases en la enseñanza teórico – práctica, formación en investigación y evaluación muy sistemática

de los mismos. Todo esto se construye en base a modelos estándares de calidad los cuales serán adaptados y modificados de acuerdo a las necesidades propias de la región, nación e institución. Por lo tanto cada institución del país debería garantizar y sellar que su programa de formación médica de postgrado ofrezca y brinde el soporte a objetivos concretos. (Soto Subiabre, 2010).

La educación médica en los estudios de postgrado va más allá que una simple transmisión de conocimientos o de la adquisición de competencias es de por si aprender a asumir una actitud o enfrentamiento respecto a la seriedad de este proceso educacional. Por lo tanto, se espera que los centros de educación no actúen de forma pasiva. Una supervisión efectiva es realizada en virtud a los objetivos, exigencias y metas para el residente, a su vez respetando la autonomía y sus tiempos para aprendizaje, también enfrentando la adquisición de destrezas paulatina durante toda su etapa de formación. Se debería pensar entonces en que todo se basa en la ecuación médico residente – docente en un ambiente de supervisión dará resultado en la atención oportuna, eficaz y segura al paciente. (Soto Subiabre, 2010).

Los resultados de todo esto es la herencia de un modo de enseñanza, de una actitud propia, de visión en la formación de futuros especialistas médicos; como también explica que una mayor enseñanza no resulta de una presencia docente permanente, por lo tanto debe entenderse que una supervisión, la retroalimentación de necesidades de aprendizaje es una habilidad y un compromiso en la formación de adultos y pares, ya que el proceso de enseñanza es un nivel especializado en el que no se transmite solo conocimientos sino además motivación y el reconocimiento de la experiencia del que se lleva un prototipo del que no se quiere parecer sino ser.

La equivocación error o falla detectada por parte de un médico residente imponen frustración y consecuentemente los culpables directos siempre se creará que son ellos y no todas las partes involucradas. El reconocimiento de las circunstancias y el aprender a desarrollar una actitud crítica se ve opacada por el ambiente de sanción por los supervisores o maestros directos por lo tanto se pierde la oportunidad de la crítica constructiva y el aprender del error, fomentando aún más la madurez de la formación del futuro tratante. (Soto Subiabre, 2010).

Entonces los datos confirman que los médicos residentes tienen casi el doble de probabilidades de depresión que la comunidad en general, ya sea por falta de tiempo

libre, exceso de labores y falta de sueño. Por lo tanto esto se reflejara en un bajo desempeño laboral ya que las condiciones físicas y mentales no tienen periodos de recuperación y rehabilitación. Además se forma con la intensión de no ser débil nunca, de estar ahí siempre y responder frente a ver imposible la posibilidad de tomarse tiempo desconectarse.

Mascarua Lara y col, en un estudio publicado en el 2014 sobre ansiedad y depresión concluyen que predominan médicos residentes que no presentan ansiedad o depresión, y de los residentes que presentaron algún trastorno más se relacionan con estados leves. Un médico insatisfecho o desgastado siempre otorgara una atención médica distante y limitada. (Mascarúa-Lara, 2014)

Se ha citado la falta de desempeño laboral, pero hay además otras consecuencias como el descontento laboral, la falta de concentración, dificultades en el ambiente familiar y una alta probabilidad de error en el atención médica diaria, a pesar de una alta vigilancia se ha demostrado que aquellos residentes con depresión aproximadamente un 50 % presentan 6 veces más errores a comparación del resto. La depresión o burnout si bien pueden ser consecuencia del error médico o a su vez causa del mismo, hace falta el entendimiento de la dinámica de este contexto en la formación médica del postgrado. Además se ha sobrestimado que el error médico solo puede ser consecuencia de una falta de formación o interés pero se deja muy por debajo las alteraciones mentales que pueden originar estos hechos, además el ambiente competitivo crece cada día más creando en los médicos una conciencia de permanente miedo a la sanción, estar en el rango de los altos estándares de exigencia académica y el miedo de creer hacer daño a alguien. Queda de manifiesto que la generación de un error médico y su relación con la depresión o burnout en los residentes del posgrado, desencadenan una baja productividad, bajo rendimiento, baja calidad de vida con repercusión en la actividad laboral diaria y productividad. (Soto Subiabre, 2010)

## 2.5 PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

La prescripción de un fármaco es el resultado del razonamiento en el diagnostico frente a un paciente. Recetar requiere alta concentración y aunque pueda esto parecer algo rutinario se debe siempre tomar al paciente como alguien único e individual. El recetar un fármaco requiere de un ambiente sereno, una alta concentración y seguridad para evitar errores. Factores como tener una escritura legible y con buena caligrafía es lo

más importante cuando se trata de indicaciones escritas, por lo tanto ayudara a disminuir errores médicos. (Martínez, 2010)

### 2.5.1 ERROR MÉDICO Y PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.

No es un acto aislado, la prescripción de un fármaco, esto ya forma parte del actuar médico y por lo tanto relaciona al mismo médico con otros colegas profesionales, ya que pueden recibir al mismo paciente o un nuevo paciente con distintos fármacos. El médico a su vez guarda relación e interviene con el farmacéutico que dispensan o facilitan la adquisición de medicación, también con el personal de enfermería que administra la medicación, por lo tanto el estar expuesto a un error es todos estos escenarios lleva al médico a estar 100 % alerta el día a día, sin embargo no todo es perfecto y se reporta daños o eventos adversos aun cuando se ha tenido cuidado hasta en el más mínimo detalle.

Saura-Llamas J y col. Refieren que la familiarización de los fármacos que se dispone en una unidad médica también ayuda a disminuir la probabilidad de error médico ya que mejora el conocimiento, las dosis habituales vías de administración y posibles efectos adversos, es así que la detección de errores médicos va a ser mucho más fácil en el personal como farmacéuticos o personal de enfermería. Hay que tener en cuenta que la utilización de un medicamento nuevo siempre necesitará de un mayor control y vigilancia en cuanto a la probabilidad de generar un error. Posterior a generar una orden estas deben ir firmadas y selladas con el respectivo responsable, además las instituciones deberían fomentar las buenas relaciones interpersonales con el personal ya que la detección temprana de un posible error genera.

La familiarización de los fármacos que se dispone en una unidad médica también ayuda a disminuir la probabilidad de error médico ya que mejora el conocimiento, las dosis habituales vías de administración y posibles efectos adversos, es así que la detección de errores médicos va a ser mucho más fácil en el personal como farmacéuticos o personal de enfermería. Hay que tener en cuenta que la utilización de un medicamento nuevo siempre necesitará de un mayor control y vigilancia en cuanto a la probabilidad de generar un error. Posterior a generar una orden estas deben ir firmadas y selladas con el respectivo responsable, además las instituciones deberían fomentar las buenas relaciones interpersonales con el personal ya que la detección temprana de un posible

error genera el dialogo y en entendimiento entre pares, lo cual llevara a la corrección y retroalimentación respectiva. (Saura-Llamas J, 2014)

Todo acto médico que realiza un profesional está sujeto a cometer errores ya se de identificación del paciente, como los nombres completos, el número de historia clínica y antecedentes del paciente. Estos son pilares fundamentales y que a su vez ayudan a tener mejor relación con los demás miembros del equipo, el farmacéutico, el personal de enfermería e incluso con otros colegas. (Martínez, 2010)

### 2.5.2 FACTORES QUE AFECTAN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

La generación de nuevos fármacos, los nuevos medicamentos, los nuevos aspectos éticos legales en cuanto a la profesión médica diaria nos ha hecho más susceptibles en el arte de prescribir un fármaco. Múltiples guías y normas se han publicado para el que hacer medico sea responsable en cuanto a la selección.

La OMS publica la guía de la buena prescripción, (OMS, 1994) en la que enumera algunos acápites:

- a) Prioridad a fármacos con seguridad y eficacia comprobadas*
- b) Seleccionar fármacos con suficiente información científica disponible, sea en ensayos clínicos controlados o epidemiológicos o ambos.*
- c) Cada fármaco debe cumplir con criterios suficientes de calidad.*
- d) Se debe utilizar la denominación común internacional (DCI).*
- e) La relación costo/beneficio es un criterio importante para la selección del fármaco.*
- f) Frente a dos fármacos supuestamente similares se debe dar preferencia a aquel que haya sido investigado con mayor detalle, al que tenga mejores propiedades farmacocinéticas y al producido en laboratorios fiables.* (Maglio, 2013)

No hay que olvidar que la OMS además recomienda que todo medicamento debe cumplir cuatro puntos importantes para su prescripción: seguridad, eficacia, calidad y accesibilidad.

No hay que olvidar que a pesar de que la mayoría de médicos a pesar de no estar involucrados en la elaboración de medicamentos son “intermediarios instruidos”, relación dada entre el paciente y la farmacoindustria; es por esto que el médico debe



estar totalmente al tanto del perfil farmacológico de los medicamentos que se usa a diario. Proceso que no solo debe ser exigido para el personal médico, sino también para el personal que administra medicación en este caso el personal de enfermería y el personal a cargo de la farmacia.

Maglio Ignacio y col. En un artículo publicado en el año 2013, menciona las características de una buena prescripción, basándose en las pautas dadas por la OMS, en las cuales menciona:

- Utilización de tinta clara e indeleble.
- Nombre y Dirección del Prescriptor y teléfono.
- Fecha de la prescripción o emisión de la receta.
- Nombre y potencia del medicamento y forma farmacéutica y cantidad total. (*La Ley 25.649 y su decreto reglamentario han indicado la necesidad de confeccionar la receta conforme la denominación común internacional, como así también la forma, dosis y cantidad del medicamento prescripto*). (Maglio Ignacio, 2013)
- Nombre del paciente y agregar la edad en caso de niños o ancianos.
- Firma del prescriptor clara y con sello que conste código de titulación y código de autorización para recetas especiales.

La frecuencia de errores médicos detectadas en estos puntos nos plantea la necesidad de implementar correctas normas de cuidado y prevención, siempre con base a un punto ético de responsabilidad médica y el de no maleficencia. Esto nos lleva a tener la necesidad de merecer normativas específicas para evitar a su vez prescripciones innecesarias que a su vez se vuelven peligrosas y por lo tanto el hacer una práctica mejor nos lleva a mejorar la calidad de atención y vida en los pacientes junto con el uso racional de fármacos. (Maglio, 2013)

## 2.6 REDES DE APOYO

El ambiente familiar, social, educacional y laboral son pilares fundamentales en el bienestar de la formación de un médico. Su vida familiar o situación con su pareja, los momentos de ocio, distracción, la relación que se establece con otros miembros del trabajo, relaciones docentes y con el personal de salud, la actitud con frente a la institución formadora y el rol académico son puntos complementarios e integrantes

entre sí para la paz mental y el trabajo armonioso de un médico. Al enfrentarse a un error médico el apoyo al médico se vuelve un tema secundario ya que todas las redes se enfocan a la “víctima” en donde no se sabe la profundidad de los hechos. Por lo tanto el apoyo al médico es un tema de rehabilitación que puede llevar años en superar la acusación y el medio a ejercer la noble profesión. (Soto Subiabre, 2010)

### 2.6.1 ERROR MÉDICO Y REDES DE APOYO.

Con mucha frecuencia los médicos subestiman los síntomas de una enfermedad y con mayor razón aquellos que están relacionados con la depresión o el cansancio, los cuales son fuentes de error. Al ignorar estos síntomas toman actitudes totalmente distintas a los que aconsejan a sus propios pacientes. Un estudio del Colegio de Médicos de Barcelona revela la despreocupación que tienen los galenos por su propia salud. Al presentar esto optan por consultas de pasillo con otros colegas y el aislamiento. Aquí es en donde el apoyo familiar juega un papel estrictamente necesario en el reinicio de sus labores posterior a una enfermedad o posterior a una afectación psicológica que viene ligada al error médico. Cuando el médico enferma en cuerpo o en mente está obligado a aceptar la condición como paciente y está sujeto a experimentar cambios en lo personal y profesional. Ante una acusación de error lo más difícil para un médico es enfrentar la incertidumbre sobre su futuro y la labor de construir nuevamente su profesión. La familia puede acceder a enfrentar con el todo este cambio y enfrentar juntos las consecuencias que puedan darse en un campo legal. Por lo tanto, el apoyo médico también debe basarse con un adecuado seguimiento psicológico para la capacitación, la recuperación y la correcta integración de su vida laboral. La evaluación médica y psicológica también representa un papel importante en la documentación de casos de tortura o maltrato (Albújar-Baca, 2015).

### 2.6.2 REDES FORMALES

Si hace 100 años se habría propuesto que los médicos debemos trabajar en equipo como grupos multidisciplinarios, quizá nadie lo hubiese entendido. Los médicos prestaban sus servicios de forma individual e independiente y lo que se veía era pequeñas juntas médicas en donde se exponía experiencias laborables y basadas en errores que perduran hasta la actualidad. Las especialidades eran escasas y apenas se estaban desarrollando. (Arrea, 2012)

El equipo de trabajo es un conjunto conformado por médicos con distintas especialidades o destrezas, personal de enfermeras, los profesionales de los laboratorios, farmacias, así como los que se desempeñan en las distintas tecnologías y trabajadores sociales que participan en el sustento de la salud de las personas.

Entonces con este concepto el trabajar en quipo aun es de debate en diversas instituciones de salud, en donde solo se lo tiene como un referente pero no como una práctica. Por este hecho al generar un error médico el equipo de trabajo o colegas médicos juegan otro pilar fundamental en el enfrentamiento de estos casos, pues comparten ciertas responsabilidades en cuanto al diagnóstico y tratamiento.

Una de las metas de un equipo multidisciplinario es que todos ellos trabajen para obtener un mismo fin. Esto en relación a la buena práctica clínica y la atención con el paciente. Por lo tanto el apoyo entre colegas frente a un error médico no debe ser en juzgamiento sino enfocándose en que el único fin de su noble tarea es siempre hacer el bien. No es aceptable el hecho de afirmar: “¡Durante mis horas laborables, no sucedió tal error!” o “Solo soy responsable de mi parte ”, ya que si el equipo de trabajo si tiene éxito será por todas sus partes y no solo de unos miembros y de igual manera si fracasa se deberá a todos y no solo a uno . Cada uno debe vivir comprometido con el grupo y su actividad diaria. Cada uno de los miembros o en el caso de compañeros de trabajo o de postgrado deben tener confianza entre ellos, tanto en el campo profesional como en lo personal; si esto no se consigue, el grupo nunca se apoyara o actuará como equipo. Es por esto la importancia de la comunicación abierta y frecuente, esto incluye que si pasa algún error médico en uno de los miembros es importante buscar el apoyo en los demás miembros, retroalimentarse y apoyarse para poder seguir en la labor. (Arrea, 2012)

## 2.7 PRACTICAS DE SEGURIDAD

### 2.7.1 COMUNICACIÓN DE ERRORES

Los problemas de la comunicación entre los profesionales de salud y con los pacientes afectan las prácticas de la cultura de seguridad (Learch, 2003) indica que los pacientes consideran que el no comunicar al paciente sobre los efectos adversos o posibles complicaciones que acarrea el acto médico, predispone al paciente a la generación de demandas; según la comisión conjunta de acreditación de organizaciones de salud de los Estados Unidos la ruptura de la comunicación ocasiona cerca del 70 % de los eventos centinelas que son el inicio del daño generado en el paciente, causando el mayor

porcentaje de causas de error en contraposición con la afectación técnica , las deficiencias del personal de salud, la falla en la comunicación y deficiencias del personal sanitario.

## 2.8 ASPECTOS LEGALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD

### 2.8.1 EL ERROR MÉDICO EN EL CAMPO DEL ÁMBITO LEGAL.

En muchos países a nivel mundial el error médico es considerado como una de las mayores causas de demandas contra los profesionales médicos, lo que hace necesario poner más atención a la identificación de los motivos o causas de su incremento ya que siempre en todo estado la salud será y es un valor protegido por la ley.

Si algún tipo de atención médica o procedimiento no se apega a las normativas o estatutos legales. El médico o profesional de salud debe responder legalmente, es decir enfrentar responsablemente en lo jurídico ya sea de tipo administrativo, penal o civil. (Santamaría-Benhumea, 2014).

Los tipos de sanciones pueden ser:

- Advertencia
- Amonestación
- Inhabilitación
- Sanciones o multas.
- Cárcel
- Reparación de daños.

El COIP 2014 en el Ecuador establece que todos los profesionales de la salud deben o serán responsables de los delitos o faltas que cometan en su ejercicio médico por lo tanto deben estar al tanto de las diferentes responsabilidades jurídicas y sanciones que pueden variar desde meses, años o la suspensión definitiva en caso de reincidencia.

Responsabilidades jurídicas. Se las conoce como Administrativa, Civil y Penal y pueden ser aplicadas individualmente o en conjunto.

Responsabilidad administrativa: Esto se la adquiere cuando se ha infringido contra la ley general de salud, sus reglamentos y disposiciones independientemente de que se cause o no un daño al paciente.

Responsabilidad civil: es la obligación que se tiene en reparar los daños o indemnizar los perjuicios que se haya ocasionado como consecuencia de un acto ajeno o propio.

Los aspectos de este tipo de responsabilidad civil incluyen: que se haya causado un daño, que alguien haya producido ese daño con dolo o con culpa y que medie la causalidad entre el determinante del daño.

Responsabilidad penal: es indispensable para el estado mantener un equilibrio y armonía tanto jurídica como con la población por lo que las sanciones son dadas por el código penal como la reclusión, multa, inhabilitación y prisión. (Santamaría-Benhumea, 2014).

Los delitos en el ejercicio profesional en el Ecuador de la medicina se encuentran normados en los distintos Códigos Penales, en la Ley General de Salud, así como sus numerosas codificaciones referentes al acto médico. Cuando el estudiante de medicina ingresa a su facultad para formarse, está claro que involucra valores y tradiciones de conducta ya aprendidos desde su hogar o cuna. No obstante cada profesional es un ser único y peculiar. Siendo este un instrumento que no se adapta de forma pasiva en cualquier campo sino es capaz de tener habilidades y fuerza que deben ser reconocidas para cumplir con las necesidades del paciente y de la profesión. El aspecto legal irá ligado con la calidad de atención, en donde esta depende en su mayoría de la aplicación de tecnología y ciencia en forma que se produzca al máximo los beneficios para la salud, disminuyendo los riesgos. (García C., 2012).

Donabedian en los escritos de calidad de atención en el año 1980, propone las siguientes definiciones para la eficacia, aceptabilidad, efectividad, eficiencia, legitimidad y equidad: (Donabedian A, 1980)

Aceptabilidad: Aprobación con los deseos y expectativas individuales de las personas.
Eficacia: Capacidad técnica y científica
Efectividad: El grado de mejora de la salud obtenida en la máxima expresión.
Eficiencia: Capacidad de reducir los costos sin afectar las mejoras
Equidad: Estar conforme con lo justo y sensato en la distribución de las acciones
Legitimidad: Asentimiento social tanto en principios, normas, costumbres, leyes y regulaciones.
<i>Tabla N: 2.Elaborado por Aucatoma, Gavilanes</i>

Todo lo anterior citado en cuanto a la calidad de atención está ligado con los cambios en el estado dado en los últimos años. Por lo tanto todo cambio trae un riesgo en el marco legal. (García C., 2012).

Además de los anteriores puntos en cuanto a la calidad de atención, la bioética también juega un papel fundamental adicional en el campo legal de la medicina.

### 2.8.2 ATENCION SEGURA DERECHO DEL PACIENTE

“Bioética es un término compuesto derivado de las palabras griegas bios (vida) y ethike (ética). Por lo tanto puede ser definida como el estudio metódico de las dimensiones morales – visión moral, las disposiciones, la conducta y las políticas de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, usando las diversas metodologías éticas en un marco interdisciplinario”. (Aramini, 2007).

#### Principios de bioética:

<p><b>Principio de beneficencia:</b> Hacer siempre el bien. Es el principio más importante en la práctica médica diaria en donde todos los profesionales de salud debemos hacer siempre el bien, y no solo al ser enfermo sino a la sociedad entera. Se aplica para todos los actos diagnósticos y terapéuticos que se apliquen para beneficiar al paciente, es decir, ser efectivos y muy seguros.</p>	<p><b>Principio de no-maleficencia:</b> “primum non nocere”, lo que quiere decir, "ante todo, no hacer daño".</p> <p>Se refiere en la práctica al equilibrio o balance entre los riesgos y beneficios de cualquier actuar médico y siempre a favor del bienestar del paciente.</p>
<p><b>Principio de autonomía:</b> es un moderno principio del uso de su autonomía del paciente ya que al encontrarse este principio ausente durante muchos siglos no siempre ha participado en la toma de decisiones y el medico es siempre quien decidía; el deber del médico era “hacer el bien” al paciente, y el de éste, aceptarlo.</p>	<p><b>Principio de Justicia:</b> este principio se fundamenta en dos hechos:</p> <p>a.- todos tienen la misma dignidad, respeto y consideración.</p> <p>b.- distribución justa y objetiva de los recursos sanitarios.</p>
<p><i>Tabla N:3. Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes</i></p>	

Los cuatro principios citados adquirieron gran importancia ya que llevo a los profesionales medico a no actuar de forma empírica o con intuición que aparecía en su labor medica diaria. (Ciccone, 2005).

Todo acto legal se juzgará en base a estos cuatro principios, por el mero hecho de que el país la salud es un derecho.

### 2.8.3 ASPECTOS LEGALES DE LA SEGURIDAD CLINICA EN EL ECUADOR

La Constitución de la República del Ecuador, en el Art. 32, indica que: *[Derecho a la salud]. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”*. Esto también se aplica a personas mayores. (Art. 37)

El Código de Ética Médica del Ecuador (art. 6, 7, 15-19), en el capítulo sobre los deberes y derechos del médico, norma las obligaciones de los médicos enumera:

- ser responsable con el estado del paciente
- llevar una ficha clínica
- Intervenir siempre bajo autorización en anestesias y mediaciones complejas y siempre advertir sobre los riesgos y cuidados que deben tener posterior a realizarlos.

Se aplica al adulto mayor el derecho de y tener un nivel de vida que asegure su asistencia médica y salud. Aunque se ha aplicado en ecuador sus normas y leyes y hoy con el nuevo código integral de salud, el problema es el cumplimiento de las normas constitucionales en donde también se debe exigir los recursos económicos, recursos tecnológicos y personales que permitan dar cumplimiento a lo señalado. (COIP. 2014)

## **CAPITULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1 JUSTIFICACIÓN**

La cultura de seguridad es un tema que involucra a varios factores que no son solo dependientes del médico, por lo que al conocer acerca de las actitudes, conocimientos y prácticas de los médicos postgradistas de áreas clínicas, obtenemos una visión más amplia sobre esta temática; considerando que la cultura de seguridad guarda relación con las creencias y actitudes que el personal asume en su ejercicio diario para evitar generar un daño innecesario en la atención sanitaria, gracias a esto podemos proponer ampliar este tema en futuras investigaciones ,estudiando el resto de parámetros para ampliar la visión del tema.

El médico postgradista debe ser capaz de reconocer situaciones de riesgo que se desarrollan en su sitio de trabajo que afectan la seguridad del paciente; por tal razón debe tener un conocimiento que le ayude a identificar esta problemática y contribuir a una mejora de la seguridad en las instituciones.

Por lo tanto, el interés de esta investigación es tener un enfoque general de las actitudes, prácticas y conocimientos de los médicos postgradistas sobre el tema de cultura de seguridad para implementar recomendaciones en la enseñanza y práctica de este tema.

### **3.2 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos residentes de posgrado de áreas clínicas y la cultura de seguridad en la atención del paciente?

### **3.3 OBJETIVOS**

#### **3.3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Conocer la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas y la cultura de seguridad en la atención del paciente.

#### **3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar el nivel de conocimiento en los médicos residentes de posgrado sobre cultura de seguridad.
- Conocer las actitudes y prácticas que tienen los médicos residentes sobre cultura de seguridad del paciente.



- Describir los factores que inciden sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en los médicos residentes hacia la cultura de seguridad en la atención del paciente.

### **3.4 TIPO DE ESTUDIO**

El diseño de esta investigación es de carácter cualitativo con diseño etnográfico en el cual se aplicó entrevistas semiestructuradas a los residentes del postgrado de áreas clínicas de Medicina Familiar, Pediatría y Emergencia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, con el que se logró establecer la percepción de los médicos postgradistas en relación a la cultura de seguridad.

En este diseño de investigación se extrae las descripciones a partir de las observaciones obtenidas a través de entrevistas, grabaciones, transcripciones de audio que originan datos que son susceptibles de ser analizados cualitativamente.

La investigación cualitativa interactúa con los informantes de la manera más natural, es decir ubicándolos en un ambiente cómodo donde puedan expresar libremente sus opiniones, es una investigación flexible que se desarrolla en lo observado y en lo dicho por los participantes.

La investigación cualitativa estudia cómo se construye la realidad en un campo interdisciplinar, mediante la comprensión interpretativa de la experiencia humana, generando datos descriptivos utilizando las propias ideas de las personas de manera hablada o escrita y transcribiendo además la conducta observable; las características propias de esta investigación permiten que el investigador mire el escenario y a las personas desde una perspectiva holística y humanista, el conjunto de grupos, personas o escenarios no se reducen a ser variables, sino son considerados como un todo, debido a que el análisis es global, los investigadores pueden además analizar el efecto que ellos mismos generan en las personas que van a ser investigadas, debe el investigador dejar de lado sus propias creencias, matices y predisposiciones al momento del acercamiento, esto hace que todas las perspectivas observadas sean valiosas al momento del análisis (Quintana, A 2006).

### **3.5 UNIVERSO – SELECCIÓN DE INFORMANTES**

La selección de informantes se llevó a cabo en la Universidad Católica del Ecuador, se tomó estudiantes de los Postgrados de áreas clínicas que fueran característicos: Pediatría, Emergencia y Medicina Familiar.

Se procuró que la muestra fuera representativa de los estudiantes de estos postgrados en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas sobre la cultura de seguridad, se consideró a los participantes representativos desde el punto de vista de las cualidades que se observaron al momento de la entrevista, se analizó los datos que fueran enriquecedores y profundos.

Se tomó en cuenta para elegir el grupo que represente a cada postgrado los criterios de saturación de la información

### **3.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Todos los médicos residentes que se encuentren matriculados en el segundo año de postgrados de Medicina Familiar, Pediatría, y Emergencia de la Universidad Católica del Ecuador en el periodo 2017.

Se seleccionó a los estudiantes que están cursando el segundo año de las especializaciones porque ya se encuentran involucrados en el proceso y han podido rotar por los hospitales que se las han asignado, lo que les ha permitido tener un acercamiento con el tema de la cultura de seguridad y por ende pueden conocer sobre esta práctica, no se seleccionó a los estudiantes de los últimos años porque consideramos que la disponibilidad del tiempo en ellos ya es más escasa debido a que algunos se encuentran trabajando en sus trabajos de titulación o en otros casos como en el Postgrado de Emergencia tienen sus rotaciones en el área de terapia intensiva lo que nos dificultaba el poder realizarles la investigación.

Únicamente se tomó en cuenta los postgrados de área clínicas, debido a que los Postgrados que guardan relación con las áreas quirúrgicas tienen normativas relacionadas a la cultura de seguridad como son la cirugía segura que no se podría haber valorado con las otras especialidades clínicas.

### **3.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Estudiantes que se nieguen a participar en la investigación

- Estudiantes que se nieguen a firmar el consentimiento informado.
- Estudiantes de posgrados en áreas quirúrgicas.
- Estudiantes de primer y tercer año de los posgrados de Medicina Familiar, Pediatría y Emergencia de la Universidad Católica del Ecuador.

### 3.8 CATEGORIZACION DE VARIABLES

A las variables iniciales mostradas en el protocolo de investigación se añadió conceptos nuevos, además de otras variables que nos ayudan a responder de mejor manera nuestra pregunta de investigación y que guardan relación con los objetivos iniciales, estas variables son:

- Cultura de seguridad
- Errores médicos
- Redes de apoyo
- Errores en la prescripción de fármacos

Con esta nueva información se realizó la operacionalización de variables

#### 3.8.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Tabla N 4.- Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍA	PREGUNTAS
<b>CULTURA DE SEGURIDAD</b>	La cultura de seguridad es un conjunto de pensamientos actitudes y comportamientos de los integrantes de una institución que permite la reducción de incidentes para el paciente asociados a la práctica diaria (Cooper M 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conocimientos</b></li> <li>- <b>Actitudes</b></li> <li>- <b>Prácticas</b></li> </ul>	<p>¿Qué piensa usted cuando escucha sobre cultura de seguridad; ha oído esto antes?</p> <p>- ¿Conoce la diferencia entre seguridad del paciente y cultura de seguridad?</p> <p>- ¿Qué parámetros cree usted que abarca la cultura de seguridad?</p>

<b>ERRORES MÉDICOS</b>	<p>Definido como todo incidente o accidente registrado en un documento médico que haya ocasionado un daño al paciente o que lo ha podido causar asociado a la atención sanitaria y no a la enfermedad de base del paciente</p> <p>( Aibar-Remón C.2005)</p>	<p><b>Evitables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- negligencias</li> <li>- imprudencia</li> <li>- omisión</li> <li>- impericia</li> </ul> <p><b>inevitables</b></p> <p><b>Incidentes</b></p> <p><b>Casi errores</b></p> <p>De acuerdo a la etapa de atención en la cual se originó (Brennan 1991)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- error de diagnóstico</li> <li>- error de tratamiento</li> <li>- errores preventivos</li> <li>- otros( falla de comunicación , falla de equipo)</li> </ul>	<p>- ¿Qué es para usted el error médico?</p> <p>-¿Qué ha escuchado sobre los errores médicos?</p> <p>- ¿Ha escuchado o vivido algún caso, me puede usted contar?</p> <p>- ¿Estuvo de acuerdo como se solucionó; que cree usted que se pudo hacer en este caso?</p> <p>- ¿Qué factores piensa que en su postgrado u hospital generan errores médicos o a su vez lo disminuyen?</p>
<b>REDES DE APOYO</b>	<p>Se considera al conjunto de todas las relaciones que el individuo considera importantes y relevantes y aportan a su propio conocimiento como persona en relación a su entorno.</p> <p>(Fernández 1998)</p>	<p><b>Redes Formales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- estado</li> <li>- instituciones educativas</li> <li>- iglesia</li> </ul> <p><b>Redes Sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- comunidad</li> <li>- sociedad</li> </ul> <p><b>Redes personales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amigos</li> <li>- familia</li> <li>- personas</li> </ul> <p><b>Ninguna</b></p>	<p>- ¿Cuándo usted siente que hay algo que no está seguro de realizar en su práctica médica diaria a que red de apoyo usted acude y como le ayudan?</p> <p>- ¿En el caso de acudir a médicos de rangos superiores, ha recibido alguna retroalimentación?</p>
<b>ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS</b>	<p>Cualquier error u omisión producido durante el proceso de redacción de la receta, mala selección del medicamento prescrito, también</p>	<p><b>Prescripción (incorrecta)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dosis</li> <li>- frecuencia</li> <li>- vía de administración</li> <li>- omisión</li> </ul> <p><b>Dispensación</b></p>	<p>- ¿Conoce los efectos secundarios de los fármacos que usa regularmente en la práctica</p>

	<p>se considera la diferencia que puede ocurrir entre lo que prescribe el médico y lo que administra la enfermera, también puede haber errores en el horario de administración si existe un retraso de más de 30 minutos (Salazar N, et al 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>medicamento deteriorado (vencido, mal conservado, mal rotulado)</b></li> <li>- <b>medicamento diferente al prescrito</b></li> </ul> <p><b>Transcripción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>omisión</b></li> <li>- <b>transcripción diferente a la prescrita</b></li> </ul> <p><b>Preparación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>mala dilución o fraccionamiento</b></li> <li>- <b>contaminación</b></li> </ul> <p><b>Administración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>horario incorrecto</b></li> <li>- <b>omisión</b></li> <li>- <b>dosis incorrecta</b></li> <li>- <b>medicamento o paciente diferente</b></li> <li>- <b>velocidad incorrecta</b></li> </ul>	<p>médica sí o no y por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se siente usted seguro de prescribir los medicamentos?</li> <li>- ¿Utiliza alguna ayuda por ejemplo aplicaciones, guías, vademécums?</li> <li>- ¿Conoce algún caso en donde hubo una mala prescripción de fármacos, me puede usted contar; que hubiera hecho usted en este caso?</li> <li>- ¿Cree usted que es adecuado reportar los efectos adversos de los fármacos, a quien se debería reportar; usted lo ha hecho?</li> </ul>
<p><b>CONOCIMIENTO O SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD</b></p>	<p>Es un conjunto de información que se adquiere por el aprendizaje, la experiencia, la práctica y que se almacena para poder ser utilizado diariamente</p>	<p><b>COMPORTAMIENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Actualizaciones continuas</b></li> </ul> <p><b>COGNITIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conocimiento adquirido</b></li> <li>- <b>Lugar de formación</b></li> <li>- <b>Lugar donde se realizan las prácticas médicas</b></li> <li>-</li> </ul> <p><b>MATERIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>uso de herramientas informáticas</b></li> </ul>	<p>¿Dónde cree usted que aprendió más sobre cultura de seguridad?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En su actual postgrado ha recibido alguna enseñanza sobre este tema?</li> <li>- ¿Qué es lo que recuerda de su enseñanza sobre cultura de seguridad en el pregrado?</li> <li>- ¿Por qué cree usted que ocurren los errores médicos?</li> <li>- ¿Qué factores del paciente cree usted que influyen cuando se da un error médico?</li> <li>- Considera usted que también influyen los factores institucionales; ¿Como cuáles?</li> </ul>

		<b>- Destrezas médicas</b>	
<b>ACTITUD SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD</b>	Es considerado un estado mental originado a partir de las experiencias y que es el responsable de las respuestas que tiene una persona ante determinados acontecimientos	<b>-Notificación de eventos</b> <b>-Trabajo en equipo</b> <b>-Feed Back y comunicación sobre errores</b> <b>-Retroalimentación</b>	<p>- ¿Cuándo por causa de este error médico se produce un daño al paciente, como cree usted que se debería actuar, usted que hace?</p> <p>- ¿Cómo la sobrecarga de trabajo puede influenciar en la generación de errores?</p> <p>- ¿Qué practicas considera usted que mejoran la cultura de seguridad en las instituciones médicas?</p> <p>¿Qué haría usted para mejorar el conocimiento sobre cultura de seguridad en su práctica médica?</p>
<b>PRÁCTICA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD</b>	Es una acción que se fundamenta en la aplicación de varios conocimientos; es la realización de una actividad de forma continua y basándose en la experiencia.	<b>-Respuesta no punitiva a los errores</b> <b>-Competencia profesional</b> <b>-Apoyo de autoridades superiores en la práctica médica</b> <b>-comunicación sobre errores</b>	<p>- ¿Conoce los factores del profesional que inciden en el error médico?</p> <p>- ¿Si no se reporta el efecto adverso de un fármaco, ¿cuál cree usted que es la causa?</p> <p>- ¿Usted cree que el sistema que se sigue cuando ocurre un error médico es punitivo, sí o no y por qué?</p> <p>- ¿Se siente usted seguro de ejercer su profesión y por qué?</p> <p>- ¿Usted cree que el sistema de salud y el código orgánico integral penal influencia en su actividad médica diaria?</p>

### **3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

#### **3.9.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Se realizaron en primer lugar entrevistas semiestructuradas, para la creación de las preguntas que conformaron esta entrevista se tomó como referencia el cuestionario APSQ III (Attitudes to Patient Safety Questionnaire); diseñado y validado en inglés inicialmente para la valoración de actitudes de los estudiantes de medicina sobre la seguridad de los pacientes (Tappata L, Lamponi C, et al 2014); este cuestionario está compuesto de 26 ítems divididos en 9 dimensiones que analizan los conocimientos, creencias y actitudes, consideramos que fue una herramienta de ayuda porque es de fácil entendimiento y las dimensiones en las que es dividido se acercan a lo que nosotros investigamos. En la entrevista adicionalmente se incorporaron preguntas relacionadas a prescripción de fármacos, las cuales abarcan desde el conocimiento sobre este tema, los casos de errores de prescripción narrados desde una perspectiva vivencial; además se indaga sobre las redes de apoyo, y sobre aspectos legales de la práctica profesional que pueden relacionarse con la seguridad de los pacientes.

Mediante la entrevista se pretendió obtener la percepción de los médicos postgradistas sobre los temas propuestos, al realizarla de manera individual se tuvo un acercamiento directo con el participante, se notó además mayor apertura con los postgradistas del sexo masculino a los cuales nos resultó más sencillo la realización de la entrevista, notamos mayor colaboración y apertura, se sume que esta situación se dio por la diferencia de género, considerando que los postgradistas masculinos mostraron un deseo de ayuda y de colaboración por ser entrevistadoras mujeres.

Previo autorización de los participantes mediante el consentimiento informado; se obtuvo un registro de datos en forma de audio, el tiempo promedio de duración de cada entrevista vario desde unos 20 hasta 45 minutos. Ver (Anexo 2).

#### **3.9.2 GRUPOS FOCALES**

Inicialmente se planteó la realización de 2 grupos focales de Pediatría, 2 grupos focales de Medicina Familiar y 2 grupos focales de Emergencia, adicionalmente 3 grupos focales mixtos de cada postgrado; al momento de la ejecución de los grupos focales por parte de los investigadores se realizó únicamente los 3 grupos focales mixtos, 1 grupo focal por cada Postgrado; cada grupo focal consto de un mínimo 6 participantes y un

máximo de 12 participantes de ambos sexos.

Se logró reunir a los participantes con la ayuda de los tutores de cada Postgrado quienes nos cedieron una parte del tiempo de docencia para poder realizar la ejecución de la investigación; para el Postgrado de Pediatría la Dra. Jeannete Zurita S y para el Postgrado de Emergencia la Dra. Judith Borja.

Al tener la apertura de los médicos tutores de los diferentes Postgrados se logró tener mayor facilidad y acceso para la realización de la investigación, adicionalmente esto permitió a los participantes manifestarnos una gama amplia de opiniones y así obtener un registro de audio, que conjuntamente con el obtenido en las entrevistas nos permitió llegar a la saturación de la información.

En promedio por cada grupo focal nos demoramos entre 30 – 40 minutos, la información se recabó previa autorización de los participantes mediante un consentimiento informado; al inicio de la entrevista se entregó a cada participante un documento con la información correspondiente a nuestra investigación y una hoja donde registrar los datos de los participantes; estos datos obtenidos únicamente para fines de investigación y respetando siempre la confidencialidad de los participantes. Ver (Anexo 3).

### **3.10 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

La entrevista semiestructurada utilizada para esta investigación fue diseñada y ejecutada por los autores, mediante la aplicación de la misma a los médicos postgradistas de Pediatría, Emergencia y Medicina Familiar; se recabó información tanto en la entrevista como en el grupo focal ,por medio de las grabaciones de audio y se transcribió todos los datos de manera textual, se diseñó una codificación para cada participante , tanto para la fase de la entrevista como para el grupo focal ; manteniendo en todo momento la confidencialidad del participante

Se realizó un análisis narrativo del contenido y se decidió agrupar las preguntas en nueve categorías principales las cuales fueron:



Formación y educación	Testimonios que muestran la educación que han recibido en el pregrado, postgrado, como talleres o capacitaciones dentro de las organizaciones de salud o formación universitaria
Cultura de Seguridad	Testimonios relacionados a los conocimientos sobre la cultura de seguridad, parámetros y puntos que mejoran la cultura de seguridad
Error médico	Testimonios sobre los diferentes errores médicos, los errores más comunes encontrados en la práctica clínica.
Causas del error médico	Testimonios sobre las causas del error, factores que mejoran o predisponen al error clínico
Redes de apoyo	Se colocó todos los testimonios que guardan relación con el apoyo recibido por tratantes, compañeros, médicos con mayor experiencia, familia, amigos, las instituciones sanitarias, iglesia.
Actos de la Prescripción de Fármacos	Testimonios relacionados al acto de prescripción de fármacos, causas de inadecuada prescripción o factores que intervienen en el acto de prescripción
Casos; los cuales se dividieron en casos relacionados al error médico y a actos de	Testimonios en donde se narran casos vivenciales, relacionados con el error médico (evento adverso, errores

prescripción de fármacos	evitables, falta de identificación del paciente y diagnóstico equivocado) y los errores relacionados a la prescripción de fármacos (prescripción, administración, preparación, uso racional de antibióticos, reporte de efectos adversos relacionados a la prescripción de fármacos)
Prácticas sobre cultura de seguridad	Testimonios sobre las prácticas que mejoran la cultura de seguridad (reporte, experticia, seguimiento de normas, comunicación con el paciente, comunicación con el equipo médico, preparación profesional, asumir responsabilidades, satisfacer las dudas) y las que afectan la cultura de seguridad (factores institucionales, no seguir normas o protocolos, miedo y desconocimiento)
Aspectos legales asociados a la cultura de seguridad	Testimonios relacionados al respaldo legal de manera institucional, seguros de responsabilidad profesional, códigos y leyes, sanciones, demandas, medicina defensiva, sistema punitivo frente al error, aspectos legales de los sistemas de salud.
Tabla N: 5, Elaborado por Aucatoma, Gavilanes.	

Con esta agrupación los autores asignaron a cada testimonio un máximo de 3 categorías y un mínimo de 1; encontrando que en las tres categorías entro un 10 % de todos los

testimonios y en 1 categoría un máximo de un 5%. la mayoría de la información correspondía a 2 categorías.

Con esta información ya categorizada se realizó la redacción de los diferentes capítulos por temáticas y siempre orientándonos a responder la pregunta de investigación y cumpliendo los objetivos establecidos.

### **3.10.1 ETAPA DE REGISTRO DE DATOS**

La etapa de registro de datos se dividió en dos fases , la primera para la Entrevista semiestructurada y la segunda para los Grupos focales ; en la fase de la entrevista; esta se aplicó de manera individual y se ubicó a los participantes en los diferente lugares de rotación; hubo demora y dificultad en la ubicación de los postgradistas de Pediatría , asumimos que la causa fue los horarios de clases y el sitio de rotación, además cabe señalar que se mostró más empatía por los postgradistas de Medicina Familiar , consideramos que esto ocurrió porque son médicos que se encuentran en año menor a nuestra especialidad.

Antes de la aplicación de la entrevista final, se corrió 2 entrevistas pilotos en donde se determinó la necesidad de aumentar 5 preguntas al formato final el cual constaba de 15 preguntas originalmente; las preguntas que se aumentaron guardan relación con el tema de casos de error médico prescripción de fármacos y casos de prescripción, el tiempo que nos demoramos en la ejecución de las entrevistas fue aproximadamente 3 meses.

La obtención de datos de los grupos focales nos permitió enriquecer nuestra investigación al obtener mayor información sobre la temática propuesta, obtuvimos ayuda de los tutores de los Postgrados de Pediatría y Emergencia , y de esta manera pudimos acceder al número de participantes propuestos y el tiempo necesario para la aplicación de las preguntas, nos fue más fácil generar empatía con los entrevistados varones consideramos que fue por la diferencia de género; el tiempo que demoramos en la ejecución de los grupos focales fue aproximadamente 1 mes.

### **3.10.11 LECTURA Y TRANSCRIPCIÓN TEXTUAL DE LOS DATOS**

Con el registró de audio tanto de las entrevistas y de los grupos focales de los tres postgrados, se realizó la transcripción textual y manual de cada una, inicialmente se transcribieron en un solo documento de Word todos los testimonios y posteriormente

como se indicó se agrupo por temáticas; para finalmente con toda la información redactar un informe final que es el que se presenta en esta investigación.

### **3.10.12 INFORMACIÓN ETNOGRÁFICA**

Todos los testimonios obtenidos una vez transcritos fueron codificados, se realizó una tabla en donde se colocó los participantes de cada postgrado y se les asignó un código conformado por las iniciales de su postgrado seguido del número de entrevista que era y la identificación del sexo ( hombre o mujer ), es así que para el postgrado de Medicina Familiar se les identificó con las letras MF, para el postgrado de Pediatría con la letra P y para el postgrado de Emergencia ER; esto para hacer diferencia con los participantes de los grupos focales a los cuales se les colocó la letra G para una correcta identificación, la identificación de los participantes del grupo focal de Medicina Familiar se los hizo únicamente con la letra F, a Pediatría y Emergencia se codifico con PG, EG respectivamente. De esta manera con una codificación se procedió a asignarlos a la categoría correspondiente para posteriormente redactar los capítulos.

### **3.10.13 ORGANIZACIÓN DE LOS CAPITULOS**

Los capítulos se redactaron de acuerdo a las nueve categorías en las que se agruparon los testimonios ; se inició con el capítulo de formación y educación , en donde se investigó como ha sido la preparación de este tema en el pregrado, si recuerdan algún tipo de enseñanza o algún adiestramiento en particular, en el postgrado para conocer si en alguna materia se habla sobre estos temas , si su práctica ha sido únicamente universitaria o en las diferentes instituciones donde se encuentran rotando; posteriormente se organizaron los testimonios que hablan sobre la cultura de seguridad, se averiguó sobre los conocimientos de este tema , definiciones, parámetros que la conforman y cuanto han oído hablar de esto en su formación; el tercer capítulo empieza con el error médico, como es definido , que tipos de error son los que más se reportan o más se conocen , el cuarto capítulo guarda relación con el anterior, solo que en este intentamos reagrupar todos los testimonios que hablan de las causas que provocan el error médico, los factores que lo mejoran o lo generan, todo esto desde la perspectiva de los médicos entrevistados; en el quinto capítulo intentamos agrupar todas las narraciones que hablan sobre las redes de apoyo las formales , las personales , las percepciones que tienen los médicos postgradistas , si la presencia o ausencia de estas

redes favorece o afecta la seguridad del paciente; el siguiente capítulo habla sobre el acto de la prescripción de fármacos, que factores son lo que afectan la prescripción o su vez la mejoran, si esto guarda o no relación con la cultura de seguridad, como los entrevistados se apoya en caso de desconocimiento de un medicamento, el séptimo capítulo reúne todos los casos narrados por los médicos entrevistados sobre los principales casos relacionados a la prescripción de fármacos y los principales errores médicos que ellos han escuchado o han vivido: el octavo capítulo habla sobre las prácticas relacionadas a la cultura de seguridad, aquí se las agrupo en dos grandes grupos las prácticas que favorece y a la vez afecta esta cultura, las causas por la que ocurren y su asociación con la generación del error médico y por último el noveno capítulo abarca todos los aspectos legales de la cultura de seguridad y la práctica clínica.

### **3.10.14 ANÁLISIS DE LOS DATOS**

El análisis de los datos se hizo mediante la confrontación de los testimonios con la literatura, además para una mejor comprensión de estos y de las percepciones al final de cada capítulo se realizó un análisis y la creación de tablas donde se colocó las declaraciones más representativas, se concluyó cada capítulo con un gráfico que envuelve los puntos claves más significativos de cada categoría.

### **3.11 LIMITACIONES**

Existió dificultad para poder reunir a los participantes; ya que los postgradistas rotan en diferentes Instituciones y en dichos lugares reciben la docencia respectiva por lo que no se reúnen de manera totalitaria todos los postgradistas en una sola institución o en la Universidad y eso demoró la ejecución de la investigación.

En el grupo focal del Postgrado de Emergencia se logró reunir a 12 participantes sin embargo solo se logró obtener la participación de 6 de ellos, debido a que tenían otras actividades que realizar por lo que comenzaron a abandonar el sitio donde se realizaba la entrevista.

Con los postgradistas de Pediatría existió una mayor dificultad para ubicarlos, no logramos generar empatía con las participantes que en su mayoría eran mujeres por lo que las respuestas obtenidas de este grupo en aproximadamente un 40 % fueron muy cortas.

Consideramos que el hecho de pertenecer al Postgrado de Medicina Familiar nos permitió tener mayor empatía con este grupo, además de un mayor acercamiento y apertura, lo que podría haber ocasionado que este grupo nos haya permitido obtener respuestas más extensas.

### **3.12 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Por tratarse de datos recolectados por medio de una entrevista, la investigación que se realiza a los residentes que se encuentran realizando el postgrado de Medicina Familiar, Pediatría y Emergencia, se clasifica como una investigación sin riesgos biológicos, fisiológicos, psicológicos, económicos, morales y sociales para los participantes; no contempla administración de fármacos o utilización de reactivos, ni recolección de ningún tipo de muestra.

Adicionalmente, a cada residente que participó en el estudio, se le explicó el compromiso de confidencialidad y anonimato, mediante la aplicación de un consentimiento informado. Ver (Anexo 2); y en las fases de transcripción de los datos se asignó un código a cada participante lo que permitió mantener en todo momento la confidencialidad de los participantes.

La investigación propuesta fue evaluada y aceptada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

## CAPITULO IV: RESULTADOS DEL ESTUDIO ETNOGRÁFICO

### CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE ÁREAS CLÍNICAS.

#### 4.1 EDUCACION Y FORMACION SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD

En este capítulo se muestra la información más relevante sobre las percepciones de los médicos postgradistas sobre educación y formación.

La seguridad del paciente es una de las bases en la atención médica, todo estudiante de medicina debe recibir educación sobre este tema en sus años de formación, pues el “*Primum non nocere*”, es la máxima expresión de nuestra noble labor. Por lo tanto una vez conocida esta misión, la práctica clínica está llena de riesgos e incertidumbres, por lo que se nos obliga mantener conocimientos de estos riesgos, evitarlos y una vez cometidos saber reconocerlos para poder continuar con la retroalimentación y formación.

Por lo tanto a continuación se recoge los principales testimonios de los postgradistas de la formación que recibieron sobre cultura de seguridad en el pregrado y su formación actual en el postgrado, con el fin de conocer sus bases para poder enfrentar con calidad los diferentes riesgos a los que estamos expuestos.

**La educación en el pregrado:** La cultura de seguridad ha sido conceptualizada hace varios años, sin embargo no ha sido extendida en la mayoría del personal médico, tanto así que los médicos postgradistas reconocen que esto aún es un tema tabú, que no siempre es enseñado en las universidades e incluso es sujeto a una mala interpretación.

Se reconoce además que la falta de capacitación en la cultura de seguridad tanto en instituciones hospitalarias como educativas es un aspecto de suma importancia para la generación de errores médicos y la formación es escasa en los centros institucionales de pregrado. Es así que se registra la necesidad de enseñanza en este tema desde los inicios de la práctica médica.

Diferentes testimonios aportan que la formación en el pregrado no solo debería ser parte de una cátedra, en un tiempo determinado, sino en todo el tiempo de formación como médicos, ya que es un tema que requiere actualización y retroalimentación permanente.

*Todo comenzaría desde el pregrado, obviamente se debería impartir este tipo de conocimientos desde las bases de la formación del pregrado y no solo un semestre porque esto se vive día a día, sino que debería ser siempre sobre todo en cada materia en cada asignatura, y la formación no termina en el pregrado continua en el postgrado y va a continuar toda la vida, y, siempre hay que actualizar los conocimientos en estas áreas, siempre nos enfrentamos con cosas nuevas y el reto es bastante importante, entonces a la vanguardia de lo que estamos debemos prepararnos mejor.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*En el pregrado no recuerdo de alguna enseñanza en cultura de seguridad, pero en la práctica clínica si lo he vivido como por ejemplo el adecuado manejo de los desechos, el lavado de manos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*En el pregrado sobre este tema vimos algo; pero no fue algo muy profundo, fue algo que...se presentaba así esporádicamente en algún escenario o alguna situación, sobre todo más en lo que era la parte de emergencias, que era en donde veíamos muchos más pacientes y teníamos que ver las medidas de protección.... sobre todo, en ese tipo de escenarios en la parte de emergencias; por ejemplo, era muy frecuente que nosotros extraigamos las muestras sanguíneas, entonces nosotros teníamos que utilizar guantes, gafas*



*protectoras o.... ante la exposición de sangre ante una herida teníamos que utilizar batas... y las otras medidas de protección que teníamos. Había la cuestión de poder reportar un accidente laboral y obviamente ellos hacían el seguimiento si es que ese era el caso...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años).*

**Pregrado y postgrado:** Los testimonios de los postgradistas en cuanto a su formación sobre seguridad del paciente en el pregrado, no tienen diferencias entre universidades públicas o privadas, aunque el pensum de estudios no siempre es el mismo, parece haber igualdad en cuanto a la formación en este contexto.

*No recuerdo ninguna enseñanza en particular sobre este tema en mi preparación en el pregrado. Se realizaban todos los procedimientos de manera empírica y por lógica, nos lavábamos las manos, no tocábamos cosas contaminadas con fluidos, pero algo formal no recuerdo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años).*

*Yo recuerdo que, en el internado, te enseñaban todas las normas de seguridad para ti como personal médico, por ejemplo, cambiarte el uniforme, que no debes usar el mandil fuera de la institución, el correcto lavado de manos. En este postgrado me han enseñado sobre la seguridad del paciente en cuanto a riesgo de caídas, en no dejarle solo al paciente, evitar los pinchazos y todos esos accidentes que pueden afectar la seguridad.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 34 años.)*

*La verdad solamente tuvimos una cátedra en el pregrado que fue más englobado en prácticas sobre seguridad hacia nosotros, no en si toda la cultura hacia el paciente, ya en la práctica diaria, en la enseñanza que nos dan los hospitales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años.)*

*Claro esto se debe enseñar desde el pregrado, debe ser una formación continua, sobre todo en cada asignatura; nos enfrentamos día a día con diferentes situaciones y obviamente, aunque parece desapercibido el tema, si se debe tomar en cuenta esto..... siempre.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar, de 34 años).*

*En el pregrado no recuerdo que nos hayan dado nada de seguridad en el paciente*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años).*

*En el pregrado casi no se enseña de esto, más se enfocan en lo que es bioética que está bien, pero cuando en realidad se aprende de esto es en las practicas hospitalarias.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años).*

*En el pregrado realmente solo es bioseguridad, lo que nos han dado, nada más, no recuerdo que nos hayan dicho, otra cosa.*

*De bioseguridad lo que recuerdo, es evitar contagiar al paciente con algo que nosotros llevamos, como lavarnos las manos antes y después de atender al paciente, que antes de hacer un procedimiento todo este bajo normas de asepsia y antisepsia, por ejemplo ponerte alguna bata o algo para evitar contagiarnos de alguna enfermedad infectocontagiosa, medidas de cómo asilar los pacientes en el cuarto de contaminados y eso , las normas que tenemos que seguir como el uso de mascarillas , el limpiar también los equipos , todo el tiempo los fonendoscopios , los mandiles que estén siempre limpios , eso sobretodo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años).*

*Yo recuerdo que, en el internado, te enseñaban todas las normas de seguridad para ti como personal médico, por ejemplo, cambiarte el uniforme, que no debes usar el mandil fuera de la institución, el correcto lavado de manos. En este postgrado me han enseñado sobre la seguridad del paciente en cuanto a riesgo de caídas, en no dejarle solo al paciente, evitar los pinchazos y todos esos accidentes que pueden afectar la seguridad.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34años)*

**La educación en el postgrado:** Algunos testimonios en cuanto a la formación en el postgrado varios estudiantes se refieren a que la enseñanza más se basa en temas de bioseguridad, en llenado de historias clínicas, manejo de fármacos, etc. Coinciden en este acápite que es un tema que debe estar dentro de un pensum de estudios, ya que no se puede esperar a generar un error para educar cuando podemos evitarlo desde las aulas. Además, mencionan que su formación ha sido más enfática en el postgrado comparado con el pregrado.

*En el postgrado, y en la práctica médica se habla de este tema; bueno ahora nosotros vemos como materia en si la bioseguridad y tenemos desde la seguridad en la institución, la seguridad en el hogar, todo lo que son planes de contingencia, planes de emergencia, en sí que se basan en la seguridad de todas las personas, entonces en si como les decía anteriormente es extenso porque abarca desde la seguridad domiciliaria hasta la seguridad en nuestro contexto, que es hospitalaria, en fin.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años).*

*Como materia y como alguna asignatura a seguir no, o es en el internado que te va explicando que tienes que hacer o que no tienes que hacer y más bien ahorita en el postgrado escucho de eso, pero antes no. En este postgrado como que me han enseñado partes, por ejemplo, cómo llenar adecuadamente las historias clínicas, la seguridad de la institución y del médico y de bioseguridad medida de barreras para no infectar al paciente o medidas para evitar infecciones en el médico o lavado de manos. Como materia en el postgrado hasta ahora no hemos tenido.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*En realidad, ya en la práctica ya en posgrado en sí, es donde más lo evidencia y adquiere más conocimientos, a nivel personal, por lo menos eso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Sobre cultura de seguridad del paciente no en sí, pero si nos dan en cada hospital a donde vamos nos dan todas las normas, todos los*

*protocolos que son utilizados en cada lugar que a veces son diferentes para prevenir las enfermedades en cada bebe o en cada niño.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años.)*

*Creo que esto se aprende en los diferentes lugares de rotación, en el postgrado y en la universidad deberían enseñar esto*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Debería ser un tema importante en el pensum de la universidad, ósea en el postgrado, para uno estar preparado; porque esto se aprende en la práctica médica; cuando ya puede ser muy tarde si ocurre algún error en la primera ocasión.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años).*

*En las instituciones donde uno rota en el actual postgrado le enseñan sobre seguridad del paciente, ahora hay esto de la acreditación de Canadá; más bien ahorita nos están dando por esta situación.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años, en el grupo focal de Emergencia).*

*No existe una cátedra o materia que nos enseñe sobre esto he aprendido en el postgrado ya por los años la experiencia en los hospitales y además que en algunos hospitales si nos dan charlas de manejo de desechos, corto punzantes.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años).*

*Como materia del postgrado no, en la práctica en los hospitales de pronto si para mantener estándares de calidad, cada hospital tiene sus medidas de seguridad de ingreso a las áreas, ósea política de cada unidad; pero como materia no.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría, de 29 años).*

*En el posgrado es donde más nos enseñan, porque nos indican con bastante frecuencia desde lo que es el aseo, el lavado de manos como ingresar a la habitación del paciente, todos los tipos de aislamiento que tiene el paciente, el manejo de desechos y como se debe reportar en caso de que ocurra.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años).*

*En el postgrado es donde más se aprende, porque nos enseñan con bastante frecuencia desde lo que es el aseo, el lavado de manos como ingresar a la habitación del paciente, todos los tipos de aislamiento que tiene el paciente, el manejo de desechos y como se debe reportar en caso de que ocurra.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia, de 29 años, en el grupo focal de Emergencia).*

*Bueno en el postgrado como tal no nos han enseñado algo más, pero en algunas rotaciones, como ahora que estamos en el hospital Metropolitano , creo que si se manejan ciertas políticas que se conocen de seguridad , en eso si más como políticas de seguridad , creo que si abarcaría todo por ejemplo desde que empieza en cómo*

*se le conoce al paciente con nombres y apellidos , la comunicación efectiva , podría ser el manejo de distintos fármacos que puedan poner en riesgo la vida, lo que son electrolitos o medicación que tiene similitud en su pronunciación, la seguridad en cuanto a justamente el lavado de manos , aquí lo toman en cuenta como una política de seguridad , o la política en cuanto a estar frente al paciente correcto o hacer un procedimiento correcto, obviamente en el paciente correcto.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años).*

*En el postgrado, y en la práctica médica se habla de este tema; bueno ahora nosotros vemos como materia en si la bioseguridad y tenemos desde la seguridad en la institución, la seguridad en el hogar, todo lo que son planes de contingencia, planes de emergencia, en sí que se basan en la seguridad de todas las personas, entonces en si como les decía anteriormente es extenso porque abarca desde la seguridad domiciliaria hasta la seguridad en nuestro contexto, que es hospitalaria, en fin.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años).*

*En realidad, ya en la práctica ya en posgrado en sí, es donde más lo evidencia y adquiere más conocimientos, a nivel personal, por lo menos eso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años).*

*He aprendido más en el posgrado la verdad.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*He aprendido más en el posgrado que en pregrado la verdad.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

**Formación en el hospital:** Algunos testimonios mencionan que la mayor educación recibida o adquirida ha sido en las prácticas hospitalarias. Hacen diferencia entre las instituciones públicas y privadas, en donde estas últimas priorizan con más frecuencia charlas, guías y cuidados sobre seguridad del paciente. Además, refieren que la mayor parte de esta información recibida se basa en bioseguridad, más no en conductas de error médico o farmacovigilancia.

*En este hospital en el hospital Voz Andes es donde más he conocido sobre seguridad del paciente y las instituciones públicas creo que faltan mucho más, pero al ser este un hospital privado creo que enfatizan bastante en este asunto y de ahí es donde yo he aprendido.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 30 años)*

*Lo que he aprendido de cultura de seguridad es en los hospitales, desde que hacia el externado antes de graduarme de médico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría, de 30 años).*

*Si más en los hospitales bases se aprende sobre cultura de seguridad, en los hospitales públicos es muy poco tal vez porque no somos muy permanentes en esos hospitales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años).*



*He aprendido sobre este tema en la clínica hospitalaria, en la práctica diaria.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar, de 29 años).*

*Cuando empecé a trabajar como profesional de la salud en las diferentes instituciones en donde fui trabajando fui aprendiendo sobre esto.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años).*

*Recuerdo el Ministerio cuando fui rural, en la Novaclínica me dieron clases de esto y en el Hospital Voz andes que es donde nos dieron más clases, también recuerdo la Maternidad porque tuvimos un curso largo de esto, y el Hospital Vozandes*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años).*

*En este hospital en el Hospital Voz andes es donde más he conocido sobre seguridad del paciente y las instituciones públicas creo que faltan mucho más, pero al ser este un*

*hospital privado creo que enfatizan bastante en este asunto y de ahí es donde yo he aprendido.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años).*

*En mi caso lo poco que he aprendido ha sido en la práctica y de lo institucional en el hospital, y en los centros de salud.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años).*

*En la práctica. mm .. uno aplica los conocimientos al momento en el que uno ya está directamente con el paciente, uno sabe que antes de entrar a ver al paciente tiene que tener una adecuada asepsia de las manos lo mismo después del contacto con el paciente, cuando uno tiene una infección respiratoria hay que evitar el contagio usando las medidas de protección, de igual manera evitar el contagio con la adecuada limpieza personal sobre todo cuando hay niños en la casa, igual el cuidado con la ropa y el uniforme del hospital*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años).*

*En mi caso lo poco que he aprendido ha sido en la práctica y de lo institucional en el hospital, y en los centros de salud.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*Sobre todo, en el hospital, en la práctica nos han enfocado muchísimo en la práctica de la bioseguridad, pero no han abarcado tanto en la otra parte como farmacovigilancia o error médico, no, no se ha abarcado mucho, pero si lo de bioseguridad en los hospitales si es muy... creo que son muy insistentes en eso.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Yo creo que sería en ambos puntos donde uno aprende de este tema de seguridad, tanto en lo que uno estudia y también en lo practico; es decir en ambos lados, la práctica y en el estudio.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Al inicio nos explican algo sobre la seguridad del paciente, en el ingreso en los hospitales respectivos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Si he escuchado, más que todo en lo que es el riesgo de caídas, en el hospital.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

### **Factores que mejoran la Educación sobre cultura de seguridad.**

El nivel de educación y la formación académica del médico postgradista influye en la actividad médica diaria, esto sin duda se basa tanto en su participación activa en su actualización diaria de acuerdo a las últimas guías médicas disponibles, como también de lo enseñado y lo aprendido durante su proceso de formación. Esto hace que los médicos se sientan o no seguros en su actuar diario. En este proceso los tutores ayudan en la mayoría de casos con la retroalimentación de casos clínicos vistos a diario e incluso imparten diversas tácticas de estudio que en la actualidad se ven reforzadas con el uso de aplicaciones médicas y tecnología, pero también se menciona que no se recibe retroalimentación en algunas circunstancias.

Varios de los testimonios coinciden que la formación dentro de las instituciones médicas y hospitales deben basarse en la elaboración de charlas no solo en los médicos, sino para todo el personal de salud, pues consideran que la responsabilidad no debería ser solo del personal médico sino de un equipo de trabajo en el cual están involucrados; enfermeras, auxiliares, personal de farmacia e incluso autoridades. Además, la creación de una materia o cátedra no la ven tan necesario sin embargo comparten criterios de que la existencia de esta haría que los conocimientos sean más impuestos y mucho más respetados. La educación continua la formalización y la adquisición de responsabilidad frente a un acto hacen parte de la educación en cultura de seguridad en los postgradistas para no generar o disminuir la posibilidad de un error médico.

*Considero que las practicas que mejoran el conocimiento sobre seguridad con la enseñanza y el conocimiento continuo, la supervisión para una adecuada retroalimentación para cada uno de nosotros, los afiches, siempre estar en un continuo aprendizaje.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años).*

*Lo mejor siempre es la educación, entonces siempre estar educando, buscando espacios mínimos del diario, de pronto se puede empezar con un interno rotativo enseñándole lo que yo se transmitiéndole mis conocimientos, para que se vuelva una cadena, un ciclo y así se siga dispersando la información.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años).*

*La única manera de sentirme seguro es estudiar y que no pase nada porque yo siento que no hay algo que nos proteja.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años).*

*Me siento seguro de mis conocimientos y siempre trato de tener un autoaprendizaje diario y retroalimentación con los tratantes.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años).*

*Este tema se reforzaría no solo con toda la enseñanza que nos dan en la universidad sino también cada hospital , nosotros también tenemos la obligación de cada día estudiar más para poder estar seguros de lo que vamos hacer , sin embargo igual con muchas de*

*las leyes que están actualmente en este país no me siento segura porque puede ser que ellos no investiguen a fondo y que por cualquier cosa que no produjo ningún daño o ninguna complicación se dejen llevar y también nos juzguen mal a todos por algo que no paso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años).*

*No, no he visto hacer retroalimentación, pero según la literatura del ACLS hay que hacer la retroalimentación, pero no he visto; nose si por falta de tiempo, siempre está llena la emergencia y no se hace. Yo les pregunto a mis superiores cuando tengo una duda, porque estamos en etapa de aprendizaje y por no preguntar le podemos hacer daño al paciente. Además, depende también de la institución, por ejemplo, aquí en el Vozandes si te ayudan con la retroalimentación, además cuando pasa algo te tratan con mucho más respeto, en otros hospitales los tratantes no se*

*manifiestan con ese respeto entonces ahí si preferimos no comentar nada o no esperar nada de ellos. A mi si me han hablado, y no es porque deberían sino porque ya hay personas que son así, parece que ya es la forma de ser de esas personas y no puedes esperar más de ellos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años).*

*No nos han enseñado en el postgrado y tampoco he visto hacer retroalimentación con los tutores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años).*

*De sentirme segura, me siento segura de la formación que estoy recibiendo en este posgrado porque como ya lo mencioné antes pienso que tenemos la cátedra adecuada según los hospitales que hemos rotado también además que siempre hay reforzamiento. También hay hospitales que aprendes más que en otros, pero muchas veces también tengo dudas en el manejo porque obviamente estoy en un proceso de formación entonces cuando tengo dudas lo más importante es que uno no debe quedarse con la duda sino recurrir a alguien con más experiencia que nos pueda ayudar.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 33 años).*

*Si siempre cuando rotamos en el hospital nos están retroalimentando sobre las diferentes normas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*Siempre nos dan retroalimentación, ya sea en un momento libre o el mismo rato.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años).*

*Discutimos al día siguiente cuando ya hemos revisado lo preguntado, casi siempre nos complementan.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años).*

*Yo creo que son importantes las charlas y los talleres y que sean continuos para nosotros conocer sobre estas cosas, esto nos ayudaría a mejorar el conocimiento en la parte médica y en los demás profesionales de salud.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años).*

*Educación continua, a pesar de que un tema sea conocido por el diario vivir, a veces el mal llamado falta de tiempo a veces se pasa por alto, pero si nos están recordando constantemente y sobre todo por medios visuales ya sea videos presentaciones va a ser mucho mejor.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años).*

*Protocolos de actuación son muy importantes, creo que dentro de todas las rotaciones que estamos haciendo hemos visto que estos se adhieren con las normas de Canadá y nos exigen tener ya una protocolización adecuada desde el ingreso del paciente, saber estandarizar, saber evaluar y saber elegir una correcta conducta a seguir.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años).*

*Yo pienso que se debería enseñar esto de la seguridad en una cátedra o asignatura.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*No pienso que necesariamente deberíamos tener una asignatura de seguridad del paciente, sino en el hospital mismo y la enseñanza con*

*grupos mismo que nos diferencien entre lo que es seguridad y cultura porque en verdad eso no se conoce.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años).*

*Socializando, pasando información, hacer protocolos, en conjunto desde el director de un servicio, internos, médicos residentes, enfermería.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años).*

*Actualmente.....bueno, todavía hay que hacer conciencia por parte del personal médico... asumir el rol de la responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente y también a la seguridad del mismo personal médico, yo creo que las normativas ya están hechas ; lo que es el tema de bioseguridad , seguridad del paciente ; ya está todo*

*establecido , la idea es que cada uno implemente , los hospitales ya están abastecidos en lo que es insumos para protección , pero ya depende de uno si los aplica o no , porque ya las normas están establecidas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años).*

**La autocrítica:** Reconocen además la importancia de la autocrítica y auto reconocimiento en cuanto a la necesidad de aprendizaje y actualización constante, no solo por parte del médico sino de todo el personal de salud como personal de enfermería e incluso directivos.



*Para evitar errores, primero hay que mejorar uno mismo, se tiene que leer, informarse bien, aparte de esto sería bueno que esto sea impartido para el personal médico, el personal de enfermería, auxiliares de enfermería los que estamos en contacto con el paciente, siempre una retroalimentación continua porque siempre hay cambios de personal y no están con información actualizada al respecto.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Existen también factores institucionales como por ejemplo no promover afiches con información para el paciente, información sobre el riesgo de caídas y uno como parte de la institución debe determinar cuáles son los pacientes más propensos a estos riesgos, incluso en la historia clínica existe un acápite en donde se puede escribir si el paciente tiene o no riesgo de caídas y obviamente esto nos permitirá tener más cuidado con ellos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Asimismo hay factores que dependen del profesional como no explicarle, no tener comunicación, además por todos las leyes de ahora existe consentimientos informados y el paciente firma entonces queda constancia que se ha comunicado con el paciente se le ha explicado.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

**La institución:** Factores institucionales es otro de los aspectos nombrados, ya que se considera que no solo la docencia tanto en hospitales como en universidades crean el

buen hacer médico en cuanto a la cultura de seguridad, estos factores van desde la educación misma del paciente indicando que por ejemplo en la emergencia no solo se ve patologías de primer nivel de atención sino patologías mucho más complejas que exigen tiempo y concentración por lo tanto la seguridad del paciente puede estar en juego si no se enseña y se educa.

*Se debe realizar evaluaciones continuas, al personal médico que se encuentra en el área donde corresponda, mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes, con los propios pacientes, para que conozcan también sus derechos, porque son sus derechos en donde se atiende para que sea un lugar seguro, y capacitaciones , creo que son necesarias las capacitaciones en todas las áreas por ejemplo si es necesario hacer capacitaciones en los sitios de procedimientos como al hacer una reanimación cardiopulmonar, pues hay que hacerlo, y enfocarse en eso. Mas campañas, enseñar que la emergencia no es para patologías del primer nivel, sino que es para pacientes realmente complicados, hiciera promoción en radio, prensa, televisión, periódicos para que pueda conocer la comunidad. En la Universidad al menos debe haber capacitaciones, tal*

*vez no como materia, pero si como capacitaciones para tener más conocimientos al respecto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 34 años).*

*Yo creo que la única forma de enseñar seria que esto se convierta como en parte del pensum estudiantil y obviamente deberíamos tener un equipo de docencia que se encargue de impartir este conocimiento, y debería tener el apoyo de las Instituciones donde rotan los estudiantes, no solo dentro de la universidad, sino que*

*cada institución donde uno rota, sea Institución pública, privada , o cada hospital debería cumplir con esta enseñanza., yo creo que además se debería enseñar esto en el pregrado , ya que uno como médico en donde este siempre estará envuelto en estas cosas de seguridad, y creo que todos mismo , el personal de enfermería, las auxiliares , entonces yo creo que si es muy importante.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años).*

*Creo que debería haber en cada Hospital un equipo de docencia, que es el que está a cargo de todos nosotros, y son quienes nos deberían ayudar por ejemplo en el caso de un error médico por ese error póngase que ocurra una demanda, entonces ese equipo de docencia debería brindar apoyo, bueno debe haber, pero no me ha pasado algo todavía como para requerirlo.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años).*

*En mi caso siempre me lo enseñaron teóricamente, de pronto es mucho mejor que se lo haga más visual, más práctico y con mayor influencia.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años).*

*Pero el margen de error médico se incrementa por falta de protocolización por falta de culturalización de las personas y más que nada orientados a aspectos legales, que se están aplicando. Aquí en nuestro país yo pienso que los aspectos legales están influenciando en una forma negativa, ya que en los hospitales les han tratado de reforzar esto en el sector privado, pero en la parte pública no, todavía vemos varias deficiencias, en fin.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años).*

*Más que todo en los hospitales que uno rota tendrían que implementar más charlas para este tipo de cosas, de ahí cátedra en si en las universidades no creo mucho **¿porque en que podríamos profundizar más? (entrevistador)** .....en todo lo que es la utilización del equipo adecuado, esto se ve cuando se sigue una técnica de procedimiento ... entonces ahí mismo nos explican y cuando se hacen prácticas ahí también explican; entonces una cátedra es mucho para abarcar este tema.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años).*

*Bueno...así efectiva... efectiva una medida, solo tendríamos que ver con los datos estadísticos que se manejan en los*

*hospitales, así indirectamente viéndolo no se puede valorar porque no sabemos si en realidad las medidas que nosotros seguimos protegen o no protegen... Sin embargo, en algunos hospitales, por ejemplo, en el Vozandes que toca ver el video de lavados de manos y están pendientes de eso..... bueno aquí si manejan estadísticas en que si se ha visto que ha disminuido ese tipo de contagios.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Creo que la educación continua, ósea llamarnos a decir todo el tiempo miren hay que hacer esto , miren estas son las normas, educarnos todo el tiempo ; darnos información , darnos charlas y*

*también creo que está bien lo que apoyan para el lavado de manos o la colocación de alcohol gel en cada habitación o en cada pasillo para irnos nosotros acordándonos , A veces no nos acordamos en cada paciente , por estar en la conversa , pero ya regresamos a ver y vemos el jabón , vemos el alcohol gel o cualquiera de estas cosas y recordamos nuevamente que tenemos ya que lavarnos las manos antes de tocarle al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Actualmente.....bueno, todavía hay que hacer conciencia por parte del personal médico... asumir el rol de la responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente y también a la seguridad del mismo personal médico, yo creo que las normativas ya están hechas; lo que es el tema de*

*bioseguridad , seguridad del paciente ; ya está todo establecido , la idea es que cada uno implemente , los hospitales ya están abastecidos en lo que es insumos para protección , pero ya depende de uno si los aplica o no , porque ya las normas están establecidas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Creo que si de mí dependiera implementaría charlas , a todo el personal , porque esto no solo inmiscuye al personal médico o al estudiante de medicina , sino a la parte de enfermería , auxiliares , a la parte de mantenimiento , porque a veces llegan hacen sus cosas pero tampoco se les ve que cuando entran a las habitaciones se laven las manos o al salir , a veces también la limpieza no es tan buena , como hacen sus cosas de mantenimiento dejan tierra y sus*

*cosas por los lados y luego solo llaman para que limpieza , pero también tocaría implementar seguridad a todo el personal , a la secretaria porque ellas también están en contacto con todo lo que está en el contorno del paciente , ósea seria a todo; todo el personal.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Creo que en el posgrado se puede mejorar este conocimiento con charlas ,tal vez fomentándonos a que nosotros seamos docentes en esa parte , llevándonos a dar nosotros mismos las charlas al resto del personal ,entonces ahí nos estaremos como volviendo a autoalimentarnos nuestras propias conferencias y así ya no olvidaríamos todo lo que enseñamos, porque a veces ya una charla se torna aburrida después de un tiempo y tal vez ya no prestemos atención en todos los aspectos , entonces si somos nosotros los que vamos a dar la charla, vamos a estar como más capacitados y con todo el conocimiento más enraizado en nosotros.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Yo creo que la educación mejora la seguridad en las instituciones, en primer lugar, hay que educar al personal y segundo hacer un seguimiento de todo lo que has enseñado al personal; entonces tienes que hacer una evaluación para saber en qué porcentaje están cumpliendo con lo que has enseñado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Yo creo que es importante hacer talleres cada cierto tiempo, cursos, pero no solo una vez sino, hacer cada cierto tiempo y evaluar sino no te sirve de nada, se debería hacer talleres de lavados de manos que es una norma de seguridad y luego ver qué porcentaje está cumpliendo y ver las causas sino se cumple; es decir mantener siempre una retroalimentación de todo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Yo creo que los talleres es la forma más practica porque estás haciendo participes a todos, no solo estas parado frente a una computadora y dirigiéndote al público sino puedes involucrar al auditorio. No creo que deba existir una cátedra, pero si*

*implementar estos talleres en la universidad, te enseñan todas las normas y obviamente replicarlos para que no se te olviden.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*En sí, hay varias instituciones las charlas que se dan tanto a los familiares como a los pacientes de acuerdo a la enfermedad que tienen y también se les hable sobre lo que debería hacer el personal médico el personal de enfermería, todo el personal que esta alrededor de ellos , son charlas que se las da en conjunto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 34 años)*

*Incrementar las charlas que se den no solo al paciente sino al personal que está a cargo de ellos, mejorar el uso de imágenes o los protocolos en si, como por ejemplo el lavado de manos que se les implementa en cada lavado, eso en lo fundamental y los conocimientos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 34 años)*

*Pienso que las que mejoran son aquellas que ya se encuentran protocolizados para realizar estas acciones y que haya capacitaciones para el personal como por ejemplo el lavado de manos, el tipo de aislamiento, en cómo enseñar al paciente, en cómo educarlo, pero ya tener estas acciones estandarizadas con protocolos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

**Leyes:** Testimonios como la creación de leyes en donde se proteja al médico ya se puede leer a continuación, en donde los médicos exigen la disminución de horas de vigilia pues al estar al cuidado de pacientes en áreas críticas exige mayor concentración y mayor cuidado. Recalcan que a pesar que estas conductas se han manejado por años en varias generaciones no siempre estará bien pues es la seguridad del paciente la que se quiere siempre guardar.

*Creando leyes para que uno no le permitan estar en vigilia más de 24 horas seguidas, simplemente no justificar que son 24 horas de guardia y aparte te quedan las 4 horas de docencia todas esas horas deberían ser contabilizadas y no tener más de 24 horas en vigilia y mucho más en áreas críticas como son emergencia, terapia intensiva, neonatología en donde uno literalmente no puede descansar nada. De pronto esto puede ser discutible en áreas en donde uno puede descansar por ejemplo en áreas de hospitalización en donde los pacientes están estables pero al menos debería ser el posturno libre porque no es posible que alguien este despierto más de 24 horas seguidas, esto se ha vivido por años, todos lo han sobrevivido , pero el hecho de que todos lo hayan pasado no quiere decir que este bien porque es un daño para el paciente, es decir no*



*es por uno es porque el paciente merece que nosotros tengamos los cinco sentidos para no cometer este tipo de errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Capacitaciones al personal de salud y no solo asistir a las capacitaciones sino replicar a las personas que no pudieron asistir o los hospitales en los que vamos rotando, y las buenas costumbres de un lugar tratar de transmitir al siguiente sitio donde vayamos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*La educación, el conocimiento y el daño potente que se puede hacer al paciente si no se practica son seguridad.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Capacitaciones o implementar una cátedra sobre este tema en la universidad sería de gran ayuda ya que así nos enseñan a prevenir ciertas cosas que nos podrían hacer daño a nosotros y a nuestros pacientes.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Si, con la experiencia, la formación en el posgrado uno siempre se siente más seguro de lo que hace.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Lo mejor siempre es la educación, entonces siempre estar educando, buscando espacios mínimos del diario, de pronto se puede empezar*

*con un interno rotativo enseñándole lo que yo se transmitiéndole mis conocimientos, para que se vuelva una cadena, un ciclo y así se siga dispersando la información.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*La enseñanza desde el primer nivel de la universidad, porque a veces uno va simplemente como observador y es justo ahí que se aprende solo cuando uno inicia la práctica, sería diferente si vamos ya con conocimientos para que no nos tomen por sorpresa.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*Ósea con formación. Si puede ser en el pregrado, como es algo que no se enseña en las instituciones, yo lo enseñaría en base a políticas generales, enseñarles por ejemplo a los estudiantes como deben lavarse las manos, como tienen que ir a una unidad hospitalaria, muchas veces no sabemos esas cosas, solo cuando vamos a la práctica, cuando ya vamos al internado, nos hablan porque contaminamos el campo o alguna cosa así.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años).*

*El conocimiento, a veces pecamos por no saber, sin querer hacer algo malo lo terminas haciendo simplemente porque no conoces.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*A más de esto mmm, sería el contar con personas que sean guías cuando por ejemplo rotas a algún hospital nuevo, a veces queremos hacer algún procedimiento y ni siquiera sabemos en dónde está el*

*tacho de corto punzantes, es más a veces ni lo tienen ja ja, entonces la educación desde los mismos hospitales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 39 años).*

*Debería darse como una cátedra en el pregrado para ya llegar con conocimientos, no solo a los médicos, sino también a enfermería a los centros de educación de los auxiliares para todos hablar el mismo idioma.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*La educación debe implementarse no solo en el pregrado, sino que la cultura de educación tiene que continuar en el posgrado y sobre todo al terminar el mismo porque siempre vamos a estar en contacto con pacientes hospitalarios y en la ambulatoria entonces obviamente debemos aplicar los principios de seguridad en todo ámbito.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

Se obtuvo además respuestas cortas en vista al tiempo de los entrevistados, la falta de colaboración de algunos pocos e incluso el miedo a ser gravados. Al preguntarles sobre su formación en cultura de seguridad respondieron:

*Si, más me enseñan en el hospital.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Aprendo con el paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Nos enseñan en el posgrado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Es el lavado de manos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Las guías del ministerio de salud para poder atender mejor al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Informar al paciente de todos los riesgos que está expuesto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

### **Análisis:**

La práctica médica está llena de riesgos e incertidumbre, razón por la que el profesional está obligado a mantener una actualización constante enfocados en los riesgos, además del reconocimiento y autocritica para tener una retroalimentación inmediata y disminuir con esto nuevos casos reincidentes.

La formación tanto del pregrado como del postgrado, en sí, no tiene mucha diferencia, de acuerdo a los testimonios vemos que la mayor parte de educación recibida se ha impartido en el postgrado pero en las instituciones hospitalarias. Esta enseñanza o conocimientos no siempre son de cultura de seguridad sino son más enfocadas a la bioseguridad como manejo de desechos, lavado de manos, manejo de corto punzantes etc. Varios de los postgradistas reconocen la importancia de este tema no solo en su formación actual, sino desde los inicios de la práctica médica pues es un tema que se debe ir actualizando de manera frecuente y tener permanentemente capacitaciones en cuanto al reconocimiento y reporte de efectos adversos o errores médicos.

Recomiendan los mismos postgradistas la creación de una cátedra o tiempo en cada pensum en donde se les pueda capacitar sobre cultura de seguridad, así como también evaluar, ya que es obligación del estudiante permanecer en actualización y estudio continuo.

#### **TABLA N: 4.1. PRINCIPALES TESTIMONIOS SIGNIFICATIVOS ACERCA DE LA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD**

<p><b>EDUCACIÓN EN EL PREGRADO:</b></p> <p><i>..se debería impartir este tipo de conocimientos desde las bases de la formación del pregrado..</i></p> <p><i>... No recuerdo ninguna enseñanza en particular sobre este tema en mi preparación en el pregrado..</i></p>	<p><b>EDUCACIÓN EN EL POSTGRADO:</b></p> <p><i>..Nos han formado así esporádicamente..</i></p> <p><i>..Me han enseñado partes...</i></p> <p><i>.. He aprendido más en el postgrado que en el pregrado..</i></p>
<p><b>FACTORES QUE MEJORAN LA EDUCACION SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD.</b></p> <p><i>..No existe una cátedra o materia que nos enseñe sobre esto ..</i></p> <p><i>..se puede mejorar este conocimiento con charlas..</i></p> <p><i>..Creando leyes para que uno no le permitan estar en vigilia mas de 24 horas seguidas..</i></p>	

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

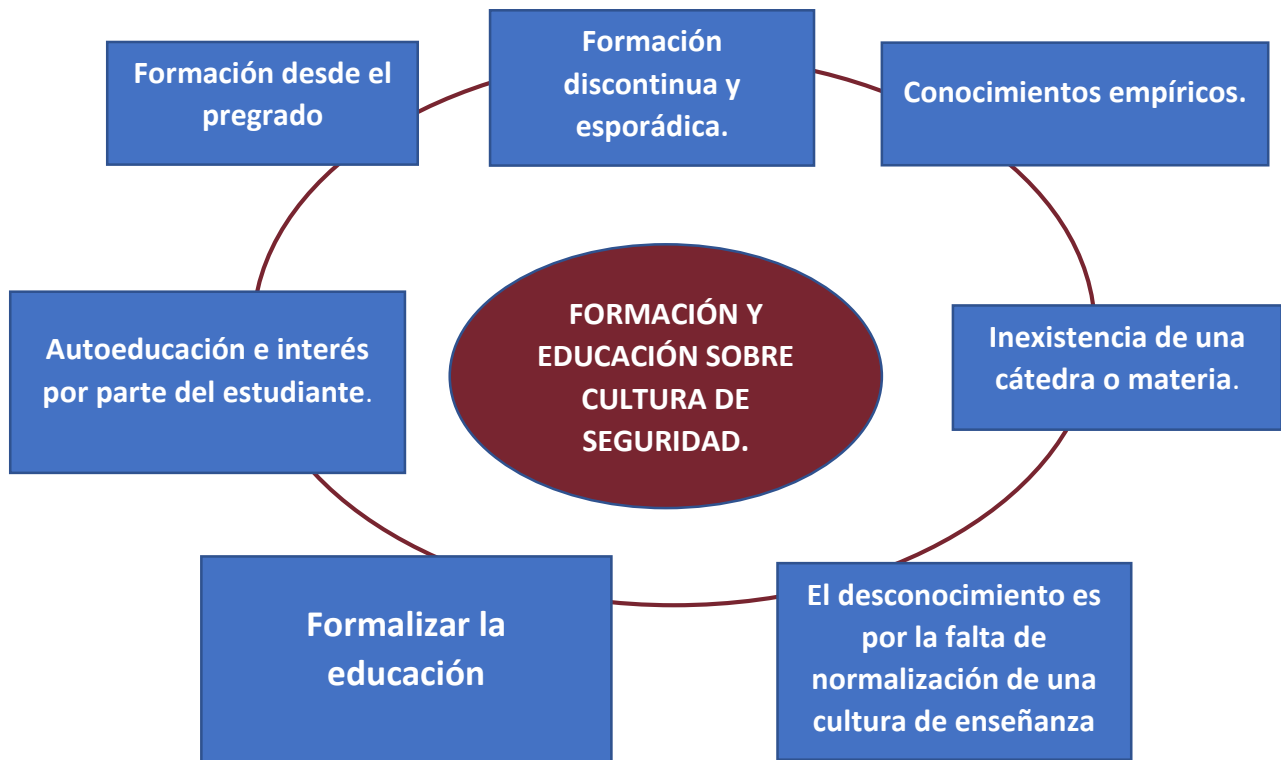
**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

**TABLA N: 4.1.1 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS EN EDUCACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD**

<b>COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS</b>		
<b>EMERGENCIA</b>	<b>PEDIATRIA</b>	<b>MED. FAMILIAR.</b>
<i>.. Yo recuerdo que, en el internado, te enseñaban todas las normas de seguridad para ti como personal médico, por ejemplo, cambiarte el uniforme, que no debes usar el mandil fuera de la institución, el correcto lavado de manos. En este postgrado me han enseñado sobre la seguridad del paciente en cuanto a riesgo de caídas, en no dejarle solo al paciente, evitar los pinchazos y todos esos accidentes que pueden afectar la seguridad...</i>	<i>.. Sobre cultura de seguridad del paciente no en sí, pero si nos dan en cada hospital a donde vamos nos dan todas las normas, todos los protocolos que son utilizados en cada lugar que a veces son diferentes para prevenir las enfermedades en cada bebe o en cada niño..</i>	<i>..Todo comenzaría desde el pregrado, obviamente se debería impartir este tipo de conocimientos desde las bases de la formación del pregrado y no solo un semestre porque esto se vive día a día, sino que debería ser siempre sobre todo en cada materia en cada asignatura, y la formación no termina en el pregrado continua en el postgrado y va a continuar toda la vida..</i>
<i>Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes</i>		

En este cuadro se representa algunos testimonios de las tres especialidades, en donde se ha representado las principales ideas entre grupos. Los estudiantes de emergencia, pediatría y medicina familiar coinciden que su formación sobre cultura de seguridad en el pregrado fue escasa o casi nula. A su vez los estudiantes del postgrado de emergencia comentan con más frecuencia la educación sobre normas, medidas de bioseguridad, accidentes de trabajo, sin embargo los estudiantes de pediatría también nombran estas medidas pero enfocados a su población en la cual trabaja. Los estudiantes de medicina familiar, mencionan adicionalmente la necesidad de continuar con la formación no solo en el postgrado sino hasta después de este, por la continua actualización a los que se está expuesto el personal médico.

**GRÁFICO N:4.1. ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD.**



**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfica

## **4.2 CONOCIMIENTOS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD.**

En este capítulo se muestra la información más relevante sobre los principales testimonios de los médicos postgradistas de los conceptos de cultura de seguridad del paciente.

Hemos conceptualizado en el marco teórico a la cultura de seguridad como la suma de modelos de comportamiento, conocimientos, actitudes y competencias tanto a nivel colectivo como individual, la misma que se ve influenciada por las distintas organizaciones sanitarias. Por lo tanto al tratar de medir este concepto obtuvimos datos importantes sobre la percepción y distinto manejo de la misma.

### **Conceptualización sobre cultura de seguridad y parámetros que lo conforman:**

La cultura de seguridad en el ambiente hospitalario se lo relaciona con el cuidado del paciente y casi siempre lo asocian con medidas de bioseguridad tales como el lavado de manos, el uso adecuado del uniforme, manejo de corto punzante, manejo de desechos e incluso mencionan temas como la farmacovigilancia y administración de medicamentos. Al ser todos estos puntos influyentes en la seguridad del paciente, no se define exactamente el concepto preciso de cultura, sino que este es influenciado por las medidas antes mencionadas impidiendo tener claro las diferencias entre seguridad y cultura.

Es importante anotar que los médicos postgradistas tienen dificultad en la conceptualización de seguridad del paciente y cultura de seguridad, ya que siempre se las asocia como una misma entidad.

Coinciden que la implementación y desarrollo de una cultura positiva en seguridad del paciente ayudarías a impedir o disminuir la posibilidad de generar un error o un efecto adverso.

*Si, si me han enseñado, por ejemplo, hemos estado últimamente en la cuestión de lavado de manos, hemos estado en la cuestión del cuidado del paciente, de evitar...daños al paciente sobre todo durante la hospitalización, por ejemplo, evitar caídas, la administración de medicamentos de manera correcta, prescripciones*



*correctas, información adecuada. Lo que he podido aprender es en parte en la formación médica del hospital, o en formación médica que encuentro en el internet*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años).*

*Realmente no es muy..... ósea no es muy fomentado en nosotros porque nadie nos dice sobre cultura de seguridad; se habla más bien sobre bioseguridad, como explicaba, lo que es lavado de manos, lo que es pinchazos accidentales que toca acudir a que le hagan los exámenes pertinentes y con los controles que se debe hacer, nada más sobre las normas de asepsia y antisepsia, pero no se nos habla más como del uso de fármacos, errores médicos o cosas así que tocaría abarcar también...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años).*

*Recuerdo que nos indicaron que tocaba seguir un protocolo y que de acuerdo a este protocolo tomar o no la medicación respectiva para las infecciones que hayamos tenido según el pinchazo.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años).*

*Lo que recuerdo solo era de las situaciones de los pinchazos, no recuerdo que nos hayan indicado nada más.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años).*

*He aprendido más de seguridad del paciente más que todo en el área de hospitalización cuidado de caídas, lavado de manos, manejo de desechos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

*Si siempre nos dicen sobre seguridad del paciente cuando llegamos a áreas de manejo de pacientes, como manejo de cortopunzantes.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años).*

*Aprender adecuadamente los criterios para lavado de manos, que son importantes para evitar el contagio de un paciente a otro, el conocimiento de los medicamentos, la evaluación continua de los efectos adversos de los medicamentos que se administran los pacientes. Las cosas que pondrían en riesgo la seguridad de la paciente seria no utilizar normas de bioseguridad, utilizar medicamentos de los cuales no estemos seguros si le van o no a hacer daño al paciente, en emergencia recibir pacientes que no son aptos para la emergencia ese momento, puede ser que no tengamos UCI o cuidados intermedios y al hacer eso haríamos que peligre la vida del paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia, de 30 años).*

*Primero nos enseñaron la parte básica. Nos enseñaron a cuidarnos a nosotros como tal, por ejemplo: como realizar el*

*manejo de desechos, como realizar el manejo de objetos cortopunzantes o como se tiene que reportar si ha existido algún efecto adverso como por ejemplo un pinchazo en medio de la cirugía, también a conocer los derechos del paciente, como realizar un examen de VIH y los derechos que tenemos nosotros.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 35 años).*

*Lo que más recuerdo es acerca de la prevención de infecciones tanto para nosotros como para el paciente y evitar también administración de fármacos innecesarios y evitar procedimientos innecesarios y no seguir un protocolo diagnóstico. Como cátedra todavía no la hemos recibido pero la docencia ha estado significativa en cada lugar donde rotamos las prácticas clínicas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría, de 33 años).*

*Sí, estamos empezando a ver todo, pero en si lo que es seguridad no, pero si como hacer por ejemplo tal vez en los sitios donde estamos rotando todo lo que compromete como digo vulnerabilidades, riesgos, amenazas, planes de contingencia, simulacros, simulaciones, y esas cosas, pero creo que eso también imagino que va enfocado a los parámetros que se valoran en la seguridad.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años).*

*La verdad no recuerdo mucho de la enseñanza de este tema, tal vez una que otra cosa en bioética, cosas así, tal vez todo enfocado así a*

*la bioseguridad, pero de ahí algo mas no; algo específico por ejemplo el hecho de que estamos expuestos a pacientes contaminados, al hecho de que tenemos que utilizar por ejemplo guantes, mandil, gafas de protección, eso.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años).*

**Bioseguridad:** Se tiene claro en estos párrafos que los parámetros que conforman la cultura de seguridad a menudo lo relacionan unicamente con la bioseguridad, la mayoría de estos lo adquirieron en los hospitales respectivos de formación que en sus entidades educativas. Lo asocian además al uso de protocolos institucionales que son indicados en cada rotación que cumplen dentro de sus respectivos postgrados.

*Si nos enseñaron.....todo lo que son las medidas de lavado de manos, especialmente cuando se hace la examinación del paciente. Uno de los ejemplos que nos pusieron en el pregrado fue el riesgo de las infecciones puerperales que se producían en las mujeres embarazadas.... nos dijeron que se han hecho estudios y se vio que por no lavarse las manos en la examinación de paciente a paciente hubo diseminación de ciertas patologías*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años).*

*Seguridad del paciente en el hospital, pero no en el posgrado, con el mismo paciente. Por ejemplo, el transporte del paciente, en cuanto a las camillas evitar o promover el uso de barandas, el manejo adecuado de la medicación que esta esté rotulada.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años).*

*Para mi cultura de seguridad es hablar sobre cómo cuidar al paciente en varios aspectos como, por ejemplo si tengo que lavarme las manos para evitar contaminarle o transmitirle alguna enfermedad o virus , bacterias o lo que sea, ehh eso como tal vez utilizar todo lo que sea desechable para evitar contaminaciones , tener un espacio físico totalmente aséptico , igual si va a alguna cirugía , que todo este con normas de asepsia y antisepsia , ehhh que se indique al paciente los procedimientos que se le van a hacer antes de realizarlos , que el también acepte y que todo sea en el lugar indicado..*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Realmente no es muy...ósea no es muy fomentado en nosotros porque nadie nos dice sobre cultura de seguridad; se habla más bien sobre bioseguridad, como explicaba, lo que es lavado de manos, lo que es pinchazos accidentales que toca acudir a que le hagan los exámenes pertinentes y con los controles que se debe hacer, nada más sobre las normas de asepsia y antisepsia, pero no se nos habla más como del uso de fármacos, errores médicos o cosas así que tocaría abarcar también.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Sobre todo bioseguridad es lo que más se nos ha hablado, ¡que más!..... la parte de farmacovigilancia que también*

*entraría, si es que hay efectos adversos al nosotros administrar algún fármaco, también abarcaría sobre los errores médicos que*

*podríamos cometer y que deberíamos comprometernos con eso, y nada más para mí, no tengo más conocimientos de esto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Creo que en mi época asistencial me enseñaron de cultura de seguridad, también en el hospital de Solca, también nos informaban bastante más de bioseguridad, igual nos comentaban todo el tiempo sobre el uso de todas las normas de asepsia y antisepsia, el lavado de manos, que limpiar bien el fonendoscopio, que llevar cerrado el mandil, la correcta colocación del mandil y todo, en esa parte sí, pero nada más en pregrado no era tanto, generalmente en el pregrado no te dejaban entrar en los lugares que estaban contaminados y ..... nada más, nos decían lavaranse las manos, pero nada más. Podría decir que se aprende más en la práctica, conforme uno va creciendo en años, en experiencia.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Bioseguridad? o seguridad en general?..., cuidar al paciente de microorganismos, de malas prácticas, eso. No nunca he escuchado de esto antes en el pregrado por lo menos no; en el postgrado en el Voz andes he escuchado sobre seguridad del paciente y eso, bioseguridad, lavado de manos, llenado de documentos correctamente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Aprender adecuadamente los criterios para lavado de manos, que son importantes para evitar el contagio de un paciente a otro, el conocimiento de los medicamentos, la evaluación continua de los efectos adversos de los medicamentos que se administran los pacientes. Las cosas que pondrían en riesgo la seguridad de la paciente seria no utilizar normas de bioseguridad, utilizar medicamentos de los cuales no estemos seguros si le van o no a hacer daño al paciente, en emergencia recibir pacientes que no son aptos para la emergencia ese momento, puede ser que no tengamos UCI o cuidados intermedios y al hacer eso haríamos que peligre la vida del paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*¿Cultura de seguridad no es eso de la bioseguridad y lavado de manos?.... no tengo claro realmente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*No, de cultura de seguridad no he escuchado nada.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

**Conocimiento de cultura:** Son pocos los testimonios en donde mencionan que la cultura de seguridad se basa en las normas que ayudan al cuidado del paciente, aquí vemos que el entendimiento sobre este tema es escaso y muy generalizado.

*Se trata sobre, los conocimientos que tienes sobre las normas del cuidado para brindar seguridad al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar, de 34 años).*

*Básicamente son todos los conocimientos y las prácticas para el cuidado tanto del paciente como del personal médico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar, de 34 años).*

*Es como tener una cultura de prevención, en cuanto a errores de prácticas; creo que eso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29años)*

*La seguridad seria las normas ya establecidas para cuidar al paciente y la cultura de seguridad seria ya el conocimiento de estas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29años)*

*Todos las normas para un proceso de prevención de algún tipo de complicaciones, también explicarle al paciente ya en un momento dado , como cuando está hospitalizado explicarle todo lo que se le va a realizar , para que se va a realizar y las complicaciones que pueden tener estas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29años)*

*El conocimiento sobre seguridad, las técnicas sobre los procedimientos, las normas a seguir y la verificación de datos del paciente en lo que se vaya a realizar.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años).*

**Cultura y protocolos hospitalarios:** Cultura de seguridad lo asocian en algunos testimonios con la creación de protocolos como por ejemplo el uso de un chek list en donde se mejore la preparación de los equipos en caso de emergencia. Este comentario nos enseña que no solo está en la educación por parte del docente o autoeducación por



parte del médico, sino también en la implementación por parte de los hospitales de medidas que ayuden a cumplir con cabalidad todas aquellas normas que son indicadas en cada área de trabajo.

*Haber aparte del lavado de manos, uhhhhmmm, tal vez el hecho de las prescripciones, creo que podría mejorar como se dan las prescripciones, no hacerlo de forma verbal, es decir tratar de confirmar o reconfirmar esos datos que uno pone en una prescripción, es decir que sean las prescripciones correctas en el paciente correcto. Otro también que ayudaría es cuando generalmente se va a hacer un procedimiento por ejemplo, una intubación, se debería tener un check list por ejemplo, en donde lo primero que se haga es armarse con el equipo de seguridad, por ejemplo tengo guantes, mascarilla, gorro, me lavo correctamente las manos con el fin de evitar en este caso un riesgo tanto para mí, pero más para el paciente en el Eugenio Espejo vi que empezaron a implementar estos check list para ver que se cumplan todos los pasos de un procedimiento.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Cultura de seguridad... ¿dentro del ámbito médico?.. eh, bueno, empezando desde la palabra seguridad; todo lo que corresponde ..... Como le explico... déjeme pensar .....tal vez partiendo de la seguridad , prácticamente en el caso de horarios, seguridad tal vez tanto de los postgradistas en cuanto a la atención de los pacientes, tal vez el hecho de que pos turno puedan estar sometidos a que se yo, ponerme a manejar el vehículo y correr algún riesgo , podría ser la seguridad intrahospitalaria en caso de que maneje pacientes con infecciones graves o que manipule secreciones , tejidos de pacientes contaminados ; que más ; la seguridad que me brinda la institución*

*donde voy a rotar en cuanto por ejemplo algún desastre por ejemplo de que se yo algún terremoto o algún tipo de desastre que pueda comprometer mi integridad tanto como persona o como médico.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*En estos años de formación he escuchado de esto cuando estuve de residente en el Hospital Baca Ortiz, cuando estaban realizando lo de la acreditación de Canadá y nos hicieron hacer todos los protocolos de seguridad del paciente para esta acreditación del hospital; esto incluía todos los protocolos desde el lavado de manos, de cómo ingresar al área hospitalaria, que tipo de ropa está permitida, protocolos para procedimientos, el doble control de identificación del paciente , si van a ingresar a un procedimiento quirúrgico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29años)*

*No la verdad de cultura no nos ha enseñado, de bioseguridad sí.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29años)*

*En general no he escuchado, pero cuando hablan sobre seguridad del paciente son todos los procedimientos, todas*

*las normas que nosotros seguimos para evitar cualquier tipo de daño al paciente sea este en la consulta externa o cuando este hospitalizado que es mucho más probable los problemas que podamos tener al manejarlo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29años)*

*No lo he escuchado pero lo que pienso acerca de la seguridad es evitar cualquier tipo de iatrogenia que pueda dañar o complicar cualquier cuadro clínico que ya está cursando el paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Supongo que seguridad del paciente son todas las normas que se van a seguir para evitar el daño en él, y la cultura de seguridad todos los conocimientos que puedo tener para evitar hacer algún daño.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Tener el conocimiento de las normas de seguridad de bioseguridad dentro de todo el personal y el equipo de salud y poner en práctica las mismas, y comunicar de estas al paciente y las personas que acompañan al paciente, en nuestro caso serían los padres que son sus representantes legales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Seguridad del paciente se trata sobre normas que imparte una institución para proteger tanto al paciente como al personal de salud.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*No, tengo claro, pero supongo que las dos se refieren a lo mismo, normas y procedimientos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Cultura es algo cotidiano, más que un parámetro mide la seguridad en las instituciones.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años)*

*Entiendo que es la seguridad de las personas que nosotros vamos a atender en nuestra profesión médica.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años, en el grupo focal de Emergencia)*

*Ósea los parámetros de la cultura de seguridad, uno sería la bioseguridad otro sería en cuanto a aspecto de vulnerabilidades dentro del hospital, vulnerabilidades estructurales, no estructurales, de funcionamiento, tal vez otro parámetro en cuanto a ... seguridad externa creo yo, ya no sé qué más.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Ehhh, bueno son todos los lineamientos y normas que se establecen dentro ya sea de instituciones, o entes para regular o poner normas para la seguridad de todo el personal que trabaja ahí.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Ehhh, abarca varias cosas, puede ser la parte intrahospitalaria, extra hospitalaria, en fin, yo creo que abarca demasiado....*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

Se menciona en algunos testimonios la existencia de ítems que conforman la seguridad del paciente en donde ya identifican los conocimientos que previenen cierto error médico o efecto adverso.

*Existen 8 ítems principales para la seguridad del paciente, Se me viene a la mente todos los conocimientos que yo tengo para prevenir*

*el error o cualquier tipo de lesión que se puede provocar el paciente o se puede provocar al paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años).*

*La cultura de seguridad implica administración de medicamentos, ergometría del paciente, manejo de procedimientos, manejo adecuado de diagnósticos, consentimientos informados, técnicas terapéuticas y obviamente los procedimientos que se realizan en la práctica y obviamente de quien los hace.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años.)*

*No, no conozco la diferencia entre seguridad del paciente y cultura de seguridad ni los parámetros de ninguna.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*No, no he escuchado sinceramente sobre cultura de seguridad, pero me supongo que los parámetros son el riesgo de caídas, el lavado de manos, si es que esta en aislamiento, el uso de batas si es que está aislado.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Solo entiendo que es el cuidado del paciente, reporte de efectos adversos, reporte de pinchazos en el personal médico y nada más”*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años).*

*Normas, procedimiento y tal vez cuanto sepas de cómo protegerte ante cualquier eventualidad que puedas presentar en el transcurso de tu labor diaria.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Son las actividades que hace el personal de salud en la atención sanitaria para evitar que el paciente tenga riesgos... Durante todo su proceso de atención.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años).*

*Son medias que se podrían tomar en el... justamente como dijo mi compañera, desde el inicio de la atención al paciente para prevenir efectos adversos en el aspecto clínico como quirúrgico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años).*

*Son todas las medidas que se debe tener en la atención del paciente desde el ingreso hasta que el paciente, bueno si está hospitalizado, hasta que salga de la hospitalización.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Brindar a los pacientes, seguridad tanto de su condición física y psicológica cuando están hospitalizados.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 29 años).*

*Si los cuidados en la atención médica.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de  
Pediatría de 29 años).*

*Evitar caídas, tener los cuidados o evitar que los pacientes estén  
expuestos a cualquier cosa que les haga daño.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de  
Pediatría de 29 años).*

**Cultura y conductas:** Una vez más el concepto de cultura de seguridad en los entrevistados está también relacionado con aquellas conductas individuales y colectivos que favorecen la protección personal frente amenazas externas, además mencionan que la cultura de seguridad viene enlazada con apoyo de la medicina laboral en donde un médico puede recurrir en caso de sentirse amenazado en su salud.

*Si, ósea normalmente en el hospital Metropolitano cuando uno hace  
la rotación una de las normas de seguridad que se aplican aquí es  
reportar los efectos adversos que genera la medicación en los  
pacientes.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia  
de 33 años)*

*Uhmmm.....las protecciones que una persona debe tener de sí misma  
y para con otras personas también.....mantener la integridad de  
otras personas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34  
años)*

*Primeramente, creo que serían principios ya establecidos de  
seguridad, ósea normas o reglamentos de cómo tienes que cuidarte a  
ti mismo y como deberías cuidar a las otras personas, que deberían*

*ser normas o principios que ya deberían estar normatizados y luego ya implementarlos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Todo hospital cuenta con su médico laboral, por ejemplo, si nosotros tenemos un accidente laboral por el pinchazo de una aguja podemos acudir allá, o cuando exista algún tipo de cosas como un accidente laboral para nosotros existe medicina ocupacional; para los pacientes en si cuando cometemos algo pienso que se soluciona si hay alguna consecuencia de esto, pero en los mismos servicios.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Creo que existen factores que dependen del paciente, que el paciente no asuma su responsabilidad como por ejemplo cuando se explica que necesita familiar permanente y el señor o el paciente no pidió ayuda y pone en riesgo su propia salud. Eso es una cultura, ósea un comportamiento aprendido.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Medidas para la protección en la atención del paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Evitar pinchazos y evitar errar con el paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*



*Ya he llevado bastante tiempo en este tipo de profesión, aunque no tengo así alguna medida extrema de protección, pero uno si toma precauciones como por ejemplo sabe cuándo hay fluidos, uno sabe que tiene que cuidarse en la forma personal... hablando personalmente; igual con los uniformes, hay diferentes formas de separarlos en la casa para evitar contagios a los familiares de uno.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Parámetros como..... protección personal, también medidas preventivas como limpieza adecuada, utilización adecuada de los objetos para evitar los contagios..... y medidas como por ejemplo ..... cercar una infección para que no se disperse.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

### **Recomendaciones para reforzar los conceptos sobre cultura de seguridad.**

Varios de los entrevistados nuevamente coinciden que la educación con el desarrollo de actividades educacionales su respectiva implementación y el desarrollo de una cultura positiva en seguridad del paciente ayudaría a impedir o disminuir la posibilidad de generar un error o un efecto adverso. Se muestran un tanto preocupados sobre la falta de educación formal en este tema en donde aportan con varias ideas para iniciar una metodología de estudio, entre ellos:

#### ***Protocolos de bioseguridad:***

*Primero protocolos, construir protocolos de bioseguridad, posterior la información hacia los miembros de la entidad, pueden ser congresos, en fin bueno más que nada la práctica diaria, en si reforzar cada día en todos los miembros de la institución las prácticas de seguridad.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Lo que pasa es que es un tema súper largo.....la seguridad realmente inclusive dentro del ámbito intrahospitalario es una normativa súper compleja en la cual todo se basa en esquemas, protocolos, lineamientos, hasta para poder funcionar existen varias reglas de seguridad , para poderlas establecer en un hospital; en fin es bastante extenso.....*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*No está estandarizado todavía, no existe algún protocolo o alguna hoja de confirmación para el reporte de efectos adversos de los fármacos, pero lo hacemos verbalmente*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Protocolos de actuación son muy importantes, creo que dentro de toda las rotaciones que estamos haciendo hemos visto que estos se adhieren con las normas de Canadá y nos exigen tener ya una protocolización adecuada dese el ingreso del paciente, saber estandarizar, saber evaluar y saber elegir una correcta conducta a seguir.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Existen ciertos protocolos internacionalizados para la aplicación de la seguridad del paciente y entre ellos todo está ya establecido la primera norma de seguridad es la identificación del paciente , cada paciente debe tener el nombre y cada vez que nosotros hagamos un procedimiento o algo debemos revisar que se trata de nuestro paciente, muchos de los hospitales han empleado esquemas como la*

*implementación de manillas por ejemplo, de sticker, en fin , es decir normas para tener claro la identificación del paciente , como segundo punto esta las normas en los protocolos , la adecuada toma de muestras, la seguridad en el lavado de manos , implementación de protocolos para caídas de los pacientes, la pausa quirúrgica es una de las cosas importantes además la normativa de seguridad del paciente establece que en cualquier momento determinado de la cirugía podemos nosotros establecer una pausa para determinar si los equipos de cirugía están bien establecidos. Además también es esto de seguridad está la adecuada toma de muestras, como la correcta toma de hemocultivos, todos estos parámetros permiten una buen desarrollo de la seguridad en el paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

#### **Educación y evaluaciones continuas:**

*Yo creo que se debe hacer evaluaciones continuas, hacer un remember de todo lo bueno o malo que se hizo para no volverlo a hacer, bueno eso se debería hacer y yo no he visto eso en los hospitales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Creo que la educación continua, ósea llamarnos a decir todo el tiempo miren hay que hacer esto , miren estas son las normas, educarnos todo el tiempo ; darnos información , darnos charlas y también creo que está bien lo que apoyan para el lavado de manos o la colocación de alcohol gel en cada habitación o en cada pasillo para irnos nosotros acordándonos , A veces no nos acordamos en*

*cada paciente , por estar en la conversa , pero ya regresamos a ver y vemos el jabón , vemos el alcohol gel o cualquiera de estas cosas y recordamos nuevamente que tenemos ya que lavarnos las manos antes de tocarle al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Yo creo que la educación mejora la seguridad en las instituciones, en primer lugar hay que educar al personal y segundo hacer un seguimiento de todo lo que has enseñado al personal; entonces tienes que hacer una evaluación para saber en qué porcentaje están cumpliendo con lo que has enseñado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Se debe realizar evaluaciones continuas, al personal médico que se encuentra en el área donde corresponda, mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes, con los propios pacientes, para que conozcan también sus derechos, porque son sus derechos en donde se atiende para que sea un lugar seguro, y capacitaciones , creo que son necesarias las capacitaciones en todas las áreas por ejemplo si es necesario hacer capacitaciones en los sitios de procedimientos como al hacer una reanimación cardiopulmonar, pues hay que hacerlo, y enfocarse en eso. Mas campañas, enseñar que la emergencia no es para patologías del primer nivel, sino que es para pacientes realmente complicados, hiciera promoción en radio, prensa, televisión, periódicos para que pueda conocer la comunidad. En la Universidad al menos debe haber capacitaciones,*

*talvez no como materia, pero si como capacitaciones para tener más conocimientos al respecto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*La educación debería de ser en modo integral, en cuanto al manejo evitar caídas, evitar contaminación con enfermedades infectocontagiosas o infecciones asociadas al cuidado de la salud.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Ósea que todos tengamos conocimiento del cuidado del paciente para que todos tengamos una cultura en la sociedad.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*La única manera de sentirme seguro es estudiar y que no pase nada porque yo siento que no hay algo que nos proteja*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Hacer todo de una manera sistematizada para prevenir errores, desde lavarse las manos, como entrar a las habitaciones de los pacientes, y todo tenerlo protocolizado.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

### **Medidas de prevención:**

*En relación al ambiente médico... Cuestiones de seguridad tanto para el médico como para el paciente, medidas preventivas para evitar o hacer un cerco de las posibles enfermedades infectocontagiosas..... y eso es una forma de protección.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Ante todo mejorando la normativa de los horarios es muy importante, así el médico se siente a gusto en su profesión y si el médico se siente a gusto va a responder mejor; en segundo lugar dándonos el tiempo necesario para poder estudiar y poder auto educarnos, tercero recibiendo*

*capacitaciones continuas no solamente de seguridad del paciente sino también en conocimientos de medicina.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

#### **Análisis:**

El conocimiento sobre cultura de seguridad en los estudiantes de postgrado es pobre, lo relacionan en su mayoría con medidas de bioseguridad y el uso de protocolos institucionales. Esto hace que los conceptos se confundan y los asocien como una misma entidad. El cuidado personal en cuanto a las enfermedades de transmisión por ser personal de salud también es otra asociación que se menciona entre cultura de seguridad y amenazas externas pues no siempre lo vinculan solo con el paciente sino también con el médico.

Se reconoce la necesidad de priorizar este tema en la formación médica, pues a diario suceden hechos que se puede evitar o a su vez reportar que con una formación adecuada se podría minimizar o retroalimentar para aprender de estos sucesos y no volver a repetirlos.

Se menciona diferentes maneras en las cuales se puede mejorar el conocimiento sobre cultura de seguridad, entre ellos la creación de protocolos, educación y evaluación continua y medidas que ayuden también al médico; como mejorar la normativa de horarios con lo cual se motiva a realizar mejor las tareas y estar más lúcidos con menos tiempo de vigilia.

**TABLA N: 4.2. PRINCIPALES TESTIMONIOS DEL CONOCIMIENTO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD.**

**CONOCIMIENTOS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD:**

- ..es hablar sobre cómo cuidar al paciente en varios aspectos..*
- ..¿Cultura de seguridad no es eso de la bioseguridad y lavado de manos?..*
- ..Tener el conocimiento de las normas de seguridad de bioseguridad dentro de todo el personal y el equipo de salud ..*
- .. no conozco que es cultura de seguridad...*

**PARÁMETROS QUE CONFORMAN LA CULTURA DE SEGURIDAD:**

- ..lavado de manos, el conocimiento de los medicamentos, la evaluación continua de los efectos adversos..*
- ..administración de medicamentos, ergometría del paciente, manejo de procedimientos, manejo adecuado de diagnósticos, consentimientos informados, técnicas terapéuticas y obviamente los procedimientos ..*

**RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CULTURA DE SEGURIDAD:**

- ..Yo creo que se debe hacer evaluaciones continuas, sobre la seguridad , hacer un remember ..*
- ..Creo que la educación continua, ósea llamarnos a decir todo el tiempo miren hay que hacer esto , miren estas son las normas, educarnos todo el tiempo ..*

**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfico

**TABLA N: 4.2.1 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS SOBRE CONOCIMIENTOS DE CULTURA DE SEGURIDAD.**

<b>COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS</b>		
<b>EMERGENCIA</b>	<b>PEDIATRIA</b>	<b>MED. FAMILIAR.</b>
<p><i>.. seguridad tal vez tanto de los postgradistas en cuanto a la atención de los pacientes, tal vez el hecho de que pos turno puedan estar sometidos a que se yo, ponerme a manejar el vehículo y correr algún riesgo , podría ser la seguridad intrahospitalaria en caso de que maneje pacientes con infecciones graves o que manipule secreciones , tejidos de pacientes contaminados ; que más ; la seguridad que me brinda la institución donde voy a rotar en cuanto por ejemplo algún desastre por ejemplo de que se yo algún terremoto o algún tipo de desastre que pueda comprometer mi integridad tanto como persona o como médico...</i></p>	<p><i>.. Todos las normas para un proceso de prevención de algún tipo de complicaciones, también explicarle al paciente ya en un momento dado , como cuando está hospitalizado explicarle todo lo que se le va a realizar , para que se va a realizar y las complicaciones que pueden tener estas...</i></p>	<p><i>.. No, no he escuchado sinceramente sobre cultura de seguridad, pero me supongo que los parámetros son el riesgo de caídas, el lavado de manos, si es que esta en aislamiento, el uso de batas si es que está aislado...</i></p>
Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes		

En este cuadro se representa las principales ideas pos postgrado sobre el conocimiento de cultura de seguridad. No hay mayor diferencia entre ellos, coinciden no conocer sobre cultura pero si lo asocian con normas de bioseguridad, el cumplimiento de normas, el control de infecciones, etc. Testimonios del postgrado de Emergencia indica la protección sobre ellos mismos, es decir su integridad, esto relacionado a su zona de trabajo en donde están más expuestos a desastres o atención a pacientes en masa.



## GRÁFICO N: 4.2. ANÁLISIS SOBRE LA CONCEPTUALIZACIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD



Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.

Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica

### **4.3.- ERROR MEDICO**

En este capítulo se muestra la información más relevante sobre las percepciones de los médicos postgradistas sobre su conocimiento del error médico.

#### **Conocimiento sobre Error Médico**

Un error médico se considera la falla en una acción ya planeada o el uso de un plan errado para llegar a un fin. Se refiere además a un acto de omisión en la planeación y ejecución que contribuye a un resultado no intencionado. Los entrevistados relacionan al error médico como aquellos actos que se dan por falta de conocimientos, falta de prácticas y malas actitudes en el quehacer diario.

**Somos humanos:** Reconocen además la alta probabilidad de error, al ser seres humanos con gran probabilidad de equivocarse, por más buena formación que tengan y su actualización constante un error puede cometerlo cualquiera.

*Yo pienso que todos somos seres humanos y podemos equivocarnos. Si te formas bien vas a cometer menos errores. Pero no creo que exista un médico que no cometa errores. Los errores que considero más comunes son la sobre prescripción de medicamentos, y que no hacemos una prevención cuaternaria. Pides y pides exámenes y nos basamos solo en los exámenes y no en el paciente para diagnosticar. Creo que en el diagnóstico es en donde más nos jalamos los médicos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina familiar de 34 años)*

*Por el exceso de trabajo se puede llegar a cometer errores médicos. Somos humanos nos cansamos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años)*

*Como experiencias personales creo que todo el tiempo se está cometiendo errores médicos, pues somos humanos y nos equivocamos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

**Acumulación de pacientes:** Involucran la gran demanda de pacientes sobre todo en los servicios públicos.

*Respecto a la seguridad...Creo que los errores médicos se deben a la acumulación y a la cantidad de pacientes que ingresan a los servicios de emergencia....Algunas veces a la falta de conocimientos o a la falta de práctica de las técnicas o a las malas costumbres que uno adquiere en la práctica médica*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

**La falta de conocimientos:** Gran parte de los conceptos dados sobre error médico por parte de los entrevistados se basa en que un error médico es la falta de conocimiento no solo patologías, diagnósticos o tratamientos, sino también en la relación médico paciente que impidan una buena comunicación.

*Error médico para mi es dar algo a algún paciente sin haber tenido el conocimiento total, o no estar totalmente segura en mis conocimientos antes de prescribirlo o hacerlo o tal vez que hice algo y que provoco un daño a un paciente, o tal vez puede ser también en la falta de comunicación con el paciente y si voy a hacer algún procedimiento, eso por ejemplo que se haya hecho un procedimiento en el lado izquierdo siendo la lesión en el lado derecho o algo así.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina familiar de 33 años)*

*Bueno el error médico puede ser algo voluntario o involuntario por conocimiento o por falta de conocimiento en cuanto a alguna cosa.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Bueno sería como un error intencional que nosotros los profesionales médicos estaríamos haciendo.... Sobre todo, bueno... una por ejemplo sería la falta de conocimiento al realizar una actividad en la que no estamos totalmente capacitados, hacerlo sin el conocimiento, obviamente eso va a repercutir en el bienestar del paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Para mí el error médico es cuando una persona, en este caso el médico, teniendo en cuenta , sabiendo y estando consciente de todos los protocolos que se deben seguir no los hacen o evita hacerlos, ósea esto por cuestiones de propia voluntad o involuntarias.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Error médico es todo acto que por falta de conocimiento, entrenamiento en técnicas o el simple hecho de asumir que no puedes hacer algo que no sabes puede causar daño al paciente y este incluso ser irreversible o llevarlo a la muerte.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*¿Pero sobre qué?, porque un error médico es una negligencia, imprudencia impericia todo eso, que obvio en su mayoría es por falta de conocimiento.... conozco algunos casos. Por ejemplo, pacientes que vienen a la emergencia que a son tratados por varios*

*médicos por algunas patologías que no son, les tratan con malos antibióticos, por el tiempo que no corresponde o sino los propios padres que van a las farmacias y se hacen atender por personas que no son médicos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*El error médico creo que está mal juzgado porque la falta de conocimiento de la totalidad de la medicina puede hacer cursar en cualquier momento en un error, sea que este tenga agravios sobre la vida o a nivel administrativo o a nivel institucional, pero puede ser en cualquier momento.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*El error médico son situaciones que uno puede prevenir con anterioridad obviamente por esto se previene o se actúa cuando se cuida del paciente para evitar esto. Todo es por falta de conocimientos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Lo que aumentan los errores en el posgrado tal vez es que no impartirnos conocimientos con este tema, y no tener las medidas cautelares.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Ignorar tal vez del conocimiento que se tiene, tal vez ciertas normas o reglas no tomadas en cuenta en el momento que se está atendiendo o valorando al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Lo que pasa es que eso está conceptualizado, el margen de error médico esta conceptualizado y dentro de eso está que el desconocer no exime de responsabilidades frente a la actuación médica, todo eso está dentro del código penal*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años)*

*Pienso que hay dos tipos de errores, el esperado que es un error en el cual hay una probabilidad de que se produzca un efecto adverso en un paciente en el cual tenemos un conocimiento de que pueda producirse. El error inesperado puede ser porque la persona tenga el riesgo de cometer alguna falla ya sea porque no se tiene el conocimiento o por un déficit en el adiestramiento al realizar los procedimientos o en el uso de las medicaciones*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años)*

*Creo que es más imprudencia... más imprudencia, ahhhhh como te decía sobre todo; es meterse a hacer algo que no estamos llamados a hacer. En el medio creería que a veces en situaciones de cansancio, el cansancio puede llevarte a que pase errores médicos, de pronto la falta de tiempo, ya que tenemos muchas obligaciones por cumplir. Puede ser también la falta de conocimiento.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Temor:** Algunos de los postgradistas son reusos a hablar del tema, sienten temor cuando se aborda este tipo de tema e incluso caen en la negación de conocer sobre ello.

*NO realmente no sé qué es un error, no he visto, no, ósea no es que jamás he visto, a lo mucho he escuchado un llamado de atención verbal, pero nada más; he visto que les han regañado, o que les hayan dicho todo lo que debieron hacer pero nada más.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Cien por ciento, siempre tienes miedo de cometer errores, me da temor en realizar un mal diagnostico que pueda comprometer la seguridad del paciente*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Daño al paciente:** El error médico en todo el contexto tienen el mismo fin, el daño al paciente, ya sea de tipos leves, graves, permanentes y que este cause o no la muerte del mismo.

*Que no nos enfoquemos como está el paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 29 años)*

*Causar daño al paciente incluso teniendo los conocimientos necesarios, es decir puede ser involuntario.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 29 años)*

*Creo que dependiendo del conocimiento médico, podría ser tal vez un error en el cual justamente se pueda o no comprometer al paciente, o tal vez el error en el cual lo cometa pero no afecte de una forma como grave a ese paciente, es decir que puede causarse algún daño pero no me lleva a la muerte de ese paciente, o puede ser también un error en el cual se produzca un daño permanente en ese paciente o también se puede hablar de los “casi errores”, es decir en los que uno se da cuenta a tiempo y evito que se produzca este daño en el paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*No se pienso que estadísticamente el error podría ser el margen proporcional de cuanto nosotros podemos cometer de fallas versus ehh la objetividad, en fin... más o menos eso.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Error para mí sería recibir un paciente al que no podamos atenderlo adecuadamente eso me parecería a mí.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

### **No solo depende del médico:**

*Creo que el error no depende del lugar únicamente, creo que es un conjunto, que depende de la institución y depende del médico porque la institución puede tener establecido protocolos que se siguen en ese hospital, depende de la cantidad de pacientes que lleguen a esa*



*institución, de la capacidad resolutive y de los conocimientos del médico; porque si el médico tiene los conocimientos, pero el Hospital no le ofrece todos los insumos necesarios va a cometer un error.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

No solo relacionan al médico con el error, sino también a la institución, un error puede darse por falta de capacitación o falta de enseñanza de protocolos.

*Al error médico se le considera como un acumulo de posibilidades que una persona tiene para cometer un error dentro de lo que son los parámetros de valoración estandarizados en los protocolos por ejemplo; si a nosotros nos establecen un protocolo de toma de muestras el error médico es esa pequeña posibilidad que nosotros tenemos para desviarnos del protocolo ya establecido entonces dentro de eso se hace el juzgamiento y el lineamiento del margen de error que yo puedo tener por ejemplo dentro de eso primero existen factores externos y dentro de eso está la capacitación que nosotros podemos tener; si nosotros entramos a una institución esta tiene la obligación de capacitarnos dentro de eso si, ósea decir el protocolo de toma de muestras de hemocultivos está establecido de esta manera y si nosotros cometemos un error pese a la explicación es nuestra culpa.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

*Si te dicen que pongas una vía central a un paciente y tú nunca has puesto una vía central, y si ni siquiera conoces la técnica y aun así te atreves a poner una vía central eso es actuar mal frente al paciente, en nuestro caso no podemos decir que el desconocer es una opción, nosotros debemos aprender los procedimientos que vamos a hacer y*

*debemos practicarlos y aun así dentro de esa experticia y conocimiento ocurren errores; pero esos no son por mala intención, no puedes prever que puedan ocurrir.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años)*

### **Reporte de Error médico**

Al detectar un error médico, se han descrito varios escenarios del actuar profesional posterior a ello, con menos frecuencia algunos se refieren a no hacer nada o simplemente callar.

Se debe reconocer la incapacidad de actuar frente a un hecho en donde no se cuente con los respectivos sistemas de referencia y transferencia dentro de las instituciones.

**Reporte a autoridades y médicos tratantes:** Los médicos postgradistas se refugian en el apoyo brindado por sus superiores, además de acudir a los estatutos institucionales y protocolos propios de cada institución, muchos opinan que se debería crear más leyes en donde se brinde mayor apoyo al médico y no solo al paciente, en donde además se reciba retroalimentación frente a cada caso para no volver a cometerlo.

*Errores médicos hay a diario pienso, sin embargo, unos salen a la luz y otros no porque se saben manejar en la intimidad de una institución por más grave que sea, en mi práctica diaria no he tenido experiencias con casos sobre errores médicos sino*

*situaciones que se salen de las manos por que el curso o historia natural de la enfermedad es así. Un caso que puedo recordar ahora es este caso de la clínica primavera que ya es público sobre partos y atenciones a recién nacidos sin profesionales capacitados en el que hay muchas versiones, pero yo no podría opinar sobre un caso que no lo he vivido de cerca.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*En este momento nosotros no somos responsables directos del cuidado del paciente; estamos a cargo de un médico tratante, lo que hago es comunicarle a él sobre lo ocurrido, decirle a ver porque esto o porque aquello; es decir tratar de discutir desde mi punto de vista; a veces si nos hacen caso y dicen revisemos, pero otras veces no; creen que eso está bien y lo hacen porque la experiencia de ellos esta sobre el resto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Si reportamos y si hay retroalimentación por los médicos tratantes y también nos retan..... (risas)....en el hospital cuando uno hace algo mal eso es castigo seguro.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Primero sería comunicar a mi superior y dependiendo del daño se seguiría comunicando jerárquicamente a quienes corresponda, hay que emitir también un documento que exista estos documento para que estos errores médicos sean reportados y revisados, preferiblemente dar información a los papas y las posibles causas por las que se dio y si hay como solucionarlo si es posible.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si se cae un paciente por ejemplo primero se debe comunicar a una autoridad, a la unidad de enfermería para que ellos hagan el proceso respectivo y tener más cuidado al respecto, viendo cuales son los errores para no volverlos a cometer.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Pues lo primero que se debe hacer es informar de la situación a la autoridad pertinente y trabajar conjuntamente para ver la solución del caso y sobre todo optimizar en el mejoramiento del paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Primero, verle al paciente integralmente para reducir las consecuencias que tenga este error e informar a la dirección de la entidad donde estemos laborando y al grupo médico o el comité médico para que ya estén en conocimiento y nos puedan dirigir de una mejor forma.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Primero a las autoridades y manejar con mucha cautela cualquier información al paciente y familiares.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*Siempre es bueno conversar con alguien con mayor experiencia y que sobre todo tenga ética pues así nos puede guiar a la mejor manera para solucionar y reportar a quien corresponda.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*Al primero que le comunico cuando ocurre un error es al tratante, porque es el que más experiencia tiene y es el jefe inmediato superior el que debe comunicar a las respectivas autoridades*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*¿En el caso si hubiera un error?... creo que directamente sería el personal del hospital, que son los que están directamente involucrados en la situación. Bueno creo que primero tendrían que hacer ellos la investigación para saber de qué se trata y ahhhhh, luego, ahhhh, abrir puertas o alternativas para ver qué tipo de soluciones se pueden dar; por ejemplo, si se cometió un error por imprudencia volverles a capacitar en esa área, o por ejemplo no volverlo a hacer simplemente, yo creo, que, si puede haber sanciones, dependiendo de la gravedad del error que se pudo haber cometido.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Ósea lo correcto sería reportar esos errores o fallas que se cometen en el servicio para mejorar el conocimiento de uno y para que los jefes puedan también conocer de esto y para que en un futuro no volvamos a cometerlos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Bueno por ejemplo aquí en el Hospital Metropolitano, cuando ocurre un evento, y dependiendo si el evento ocasiona algún daño leve o algo grave, si hay un algoritmo o protocolo que se debe manejar para notificar al Jefe máximo , para que él sea el encargado de resolverlo , y no quede solo a manos del médico postgradista.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Frente a un error hay que avisar siempre al jefe de servicio.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Cuando ocurre un error reporto a mi inmediato superior en este caso a mi jefe de residentes; lo que he hecho personalmente es ir y reportar a la persona que se deba, más que todo para que haya una retroalimentación y en un futuro que no vuelva ocurrir.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

**Prudencia y cuidado en el reporte:** Mencionan al médico como un ser biopsicosocial en donde al estar expuesto a cualquier tipo de error, también está expuesto a ser juzgado no solo legalmente sino con el propio juicio de sus colegas, el juicio de la institución e incluso tiene que luchar por explicar a su familia. Por lo tanto la prudencia y el manejo interno debería ser la primera medida previo a cualquier reporte ya que la rehabilitación de un profesional frente a un error médico es una situación bastante compleja y necesaria.

*Cuando ocurre algo si es preferible manejarlo internamente porque ahora todo es penalizado, pero bueno si debería saberlo el paciente, pero es complicado y delicado. Así como algo formal que se reporte no, pero si se lo hace, por ejemplo en las clásicas quemaduras por gluconato de calcio, se lo hace pero de una manera extraoficial creo yo , no he visto que hagan un seguimiento público, para que se socialice, se aprenda del error , o lo que se puede hacer o lo que se ha hecho es presentación de caso clínico para que no vuelva a suceder, pero no como identificar el caso específico y decirle al*

*paciente sabe que esto es lo que ha pasado y estamos en un seguimiento , no lo he visto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Yo pienso que disminuir el margen de error del médico es protocolizarse, con los estándares y los manuales de las ultimas evidencias en la práctica médica, en todo lo que es encaminado a la evidencia, ehhh con aporte científico y con alto poder creo que eso refuerza el conocimiento y disminuye el margen de error.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Bueno depende del lugar, porque al menos aquí todo lo que lleva a un error médico por lo general no tiene una buena investigación , no saben bien porque paso y solamente se dejan llevar por la consecuencia de este sin ver en si cual fue la causa original , entonces si hay algunas cosas que son*

*demasiadas estrictas y son demasiado exageradas para mi manera de ver el castigo que se les da a la persona , pero en otras situaciones si he visto efectos adversos muy leves que ni si quiera se da cuenta el paciente, entonces no hay este caso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Creo que no debería hacérselo público en ese momento; creo que hay que manejar las cosas prudentemente para que no se salgan del contexto, todo haciéndose con una investigación muy clara, fundamentada en la verdad y sobretodo esa verdad hacia el paciente..... ósea no ocultarle nada.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Debe ser manejado con prudencia. Hay que verlo también desde el aspecto propio desde la vida del médico, porque hay por ejemplo consecuencias sociales, consecuencias familiares, financieras , incluso consecuencias dentro del ambiente de la institución, los errores se generan por déficit en los conocimientos como tal del médico y de los recursos que deben existir para evitar que se desarrollen estos errores médicos , entonces para hablar de error médico creo que hay que tener en cuenta todos estos aspectos sabiendo que a lo mejor está mal coger y cometer un error frente a un paciente o ponerse a hacer algo más sin tener todo el conocimiento.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años)*

*Hay que reconocer el error que sea cometido, también tener una aceptación frente a ese error*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años)*

*Yo pienso que disminuir el margen de error del médico es protocolizarse, con los estándares y los manuales de las ultimas evidencias en la práctica médica, en todo lo que es encaminado a la evidencia, eh hh con aporte científico y con alto poder creo que eso refuerza el conocimiento y disminuye el margen de error.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

**Reporte a familia y paciente:** A diferencia de los anteriores testimonios, aquí algunos postgradistas prefieren reportar primero al mismo paciente y a sus familiares en un inicio para evitar así juicios erróneos y con esto también evitar que vuelva a ocurrir.



*Primero se debería comunicar primero a la familia, es decir explicarle que paso cuando fue la complicación que sucedió y que es lo que se podría hacer, también para que la familia esté al tanto y no tenga juicios erróneos. Además, debería estar esto protocolizado porque puede haber cosas que siempre causen daño.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Tratar de corregir el error en la medida que sea posible, es decir tratar de buscar la medida para revertir el error, además sería bueno informar al paciente o a sus representantes en este caso sus familiares de lo que sucedió, pero lo más importante es buscar formas de prevenir de que no vuelva a suceder este tipo de error.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Cuando por casusa de un error médico se produce daño al paciente la situación se debe explicar de forma clara primeramente antes de cualquier procedimiento se le explica al paciente la forma del procedimiento, los posibles riesgos, los posibles efectos que pueden producir y si es que esto ya se ha producido hay que comunicarlo directamente con el paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29años)*

*Si se cometió un error hay que decirle las cosas con sinceridad y realmente si es que hubiese alguna consecuencia tenemos que afrontarla*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Es importante avisar a la misma familia del paciente por los efectos adversos que pudieron tener algún fármaco o procedimiento. También es importante decirles que nos avisen cualquier efecto que ellos presenten.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

**Sanción en el reporte:** Mencionan algunas sanciones cuando se reporta ciertos errores médicos y el reconocer cuando alguien no está capacitado para atender cierto tipo de enfermedades en donde el sistema de referencia es de suma importancia por la seguridad del paciente.

*En diversos lugares si hay el seguimiento, si hay incluso la sanción si esta amerita incluso de tipo verbal o escrita y e visto juicios de carácter legal de los pacientes hacia el personal de salud, no todos bien infundados porque hay que saber también que no toda denuncia en contra del médico es por este. En otros lugares he visto que si no pasó a mayores o no existió mayores complicaciones se queda solo en el personal de salud que estuvo ese día de turno no necesariamente de la unidad.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Pienso que, aunque seamos colegas debemos saber todos hasta donde llegar para no causar daño, es decir si no puedo atender algo para lo que no fui capacitado entonces mi obligación es transferir, referir y conversar con mi paciente ara que busque mejor atención.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Pueden darse los errores, no está bien que se dé. Pero tampoco tiene que ser penado, pueden darse siempre y cuando dependa de la persona que lo realiza por a o b situación que sea: por ejemplo algo fortuito, por falta de conocimiento y que a pesar de ello nadie lo rectifique.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

**No se reporta:** Ciertos testimonios nos enseñan que no en todos los medios hospitalarios hay un sistema de reporte y frente a esta ausencia varios médicos no están obligados a realizar ningún tipo de reporte, sin embargo reconocen la necesidad de estandarizarlo pues así se mejoraría la educación y se evitaría la reincidencia.

*No, no se reporta, porque depende donde uno se encuentres ejerciendo la medicina, ya que si te encuentres en un sitio en donde te brinde todos los medios que vas a necesitar tanto para ti como para el paciente, como por ejemplo el transporte de desechos, sustancias biológicas ahí si estaríamos hablando de protección, pero lamentablemente en nuestro medio sobre todo en la parte publica hay mucha carencia de esto. Entonces llega un punto que ya no lo haces, si no lo haces te olvidas y lo pasas por alto. Es algo que se va haciendo costumbre y ya dejas de realizarlo definitivamente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*No he visto algo sistematizado cuando ocurre un daño a un paciente, si creo que se debería estandarizar pero hay que ver como lo toma el paciente, porque nadie lo hace con la intención de hacer daño, pero como lo toma el paciente es distinto; creo que hay que decirle al paciente de una manera que entienda que fue un error; nunca he visto que se haya sistematizado un proceso para decirle al paciente*

*que hubo un error o alguna otra cosa, tampoco he visto otro sistema de reporte ni de caídas, de administración de medicamento.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

**El lugar:** algunos testimonios mencionan que depende mucho el lugar en donde ocurra un error, ya que un error no se puede dar solo por la responsabilidad del médico sino por la falta de apoyo del resto del personal de salud. Al no tener ayuda por ejemplo en procedimientos se puede estar expuesto a cometer un error en alto grado. Además, posterior a reportar un error la institución o autoridades deberían aportar con retroalimentación para encontrar la causa de este y evitar que se repitan en un futuro.

*Hay algunas veces en que inclusive interviene mucho el lugar para que ocurran los errores ..... bueno aquí en el Hospital Vozandes uno puede tener el apoyo de internos o enfermeras para la realización de procedimientos que necesitan mucha asepsia y antisepsia como la colocación de catéter venoso o una sutura; sin embargo en otros hospitales donde se maneja mucha más cantidad de gente uno tiene que valerse por sí solo, y comenzar a tomar medidas iniciales antes de colocarse las medidas de protección y cuando uno se olvida y está en medio proceso.....o tiene que acabar el procedimiento o tiene que esperar un montón de tiempo ... para que alguien le ayude...entonces en ese sentido si se comete errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Creo que debería haber una ley.....!no estoy muy empapado en el tema; pero si debería haber una retroalimentación cuando algo ocurre dependiendo del lugar donde ocurre , antes que una sanción , pero como te digo siempre, se debe investigar el caso y de ahí se deben tomar las medidas que son necesarias, la verdad no he visto a*

*nadie que haga retroalimentación; la verdad no ; estamos en una cultura más de sanción directamente , antes de que se investigue algunas cosas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Cuando ocurre un error médico se debe notificar, y si ya se produjo un evento adverso, notificar al área de seguridad.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

### **Análisis:**

El error médico en los estudiantes del postgrado está relacionado siempre con aquellos actos que se dan por falta de conocimiento, entrenamiento o capacitación en su práctica diaria. No se descarta la probabilidad que en ausencia de los factores antes mencionados un error se dé solo por el hecho de ser seres humanos, ya que hasta el médico más experimentado puede equivocarse.

La gran demanda de paciente es otro factor que lo asocia con la probabilidad de error, ya que exige tiempo y concentración en cada uno de los casos y en la práctica médica los tiempos de consulta o atención son contabilizados lo que hace que el médico a veces tome decisiones al apuro o con poco razonamiento.

El reporte de error médico en la mayoría de casos con más frecuencia se reporta a médicos de rangos superiores, más no a un sistema estandarizado de cada hospital, ya que consideran que esto se debe manejar internamente y con mucha prudencia antes de recurrir a las autoridades, así se disminuye también posibles daños o prejuicios legales a los médicos.

La institución también tiene un rol importante en la generación de los mismos, en donde no es lo mismo laborar en un ambiente con los insumos e instrumental completo que en ambientes que carecen de lo necesario, siendo este un posible factor que favorezca a la aparición de un error médico.

### **TABLA N: 4.3. PRINCIPALES TESTIMONIOS SOBRE ERROR MÉDICO**

#### **Conocimiento sobre Error Médico.**

*... Yo pienso que todos somos seres humanos y podemos equivocarnos. Incluso si te formas bien vas a cometer menos errores ...*

*.. es dar algo a algún paciente sin haber tenido el conocimiento total, o no estar totalmente segura en mis conocimientos...*

*... Cien por ciento no me siento con seguridad, porque siempre tienes miedo de cometer errores ...*

#### **Reporte de Error Médico**

*.. No sé a quién toca acudir, creo que se debe apoyar en el tratante mayor..*

*.. En este momento nosotros no somos responsables directos del cuidado del paciente; estamos a cargo de un médico tratante..*

*.. Cuando ocurre algo si es preferible manejarlo internamente porque ahora todo es penalizado..*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

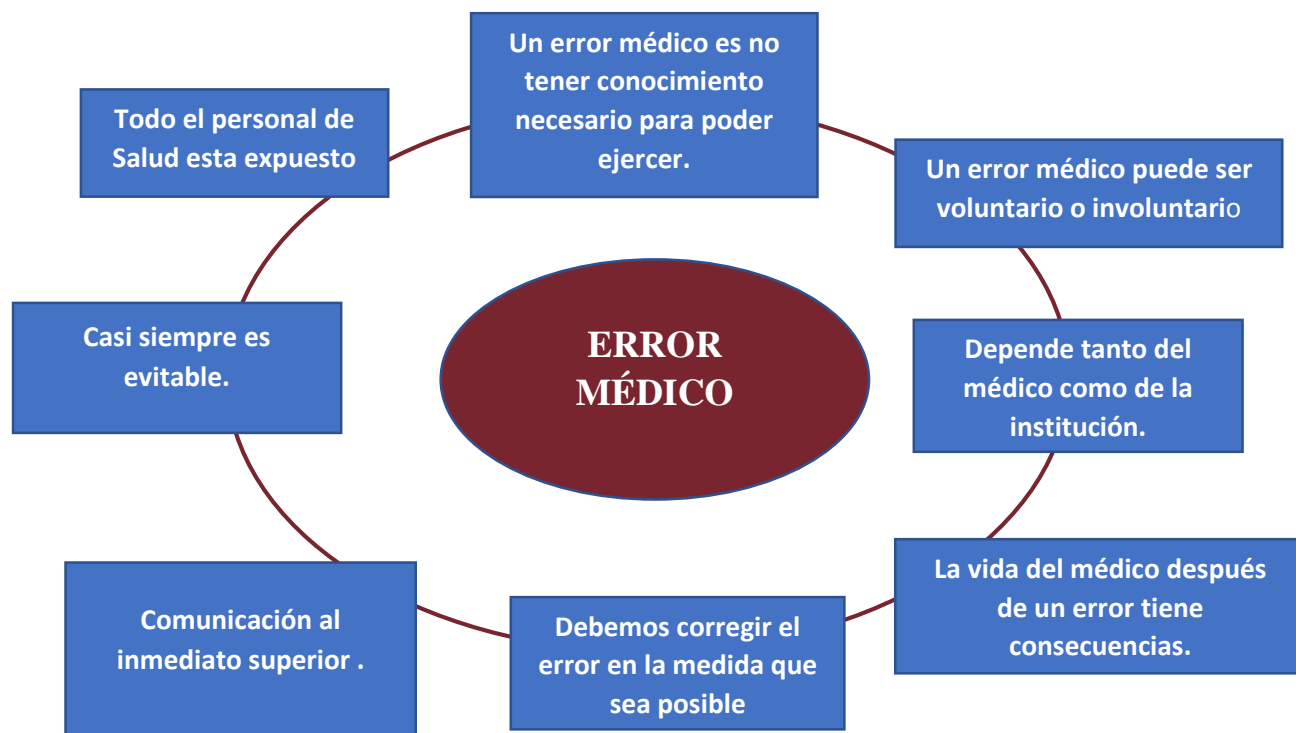
**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

**TABLA N: 4.3.1 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS SOBRE CONOCIMIENTOS DE ERROR MÉDICO.**

COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS		
EMERGENCIA	PEDIATRIA	MED. FAMILIAR.
<p><i>.. Respecto a la seguridad...Creo que los errores médicos se deben a la acumulación y a la cantidad de pacientes que ingresan a los servicios de emergencia....Algunas veces a la falta de conocimientos o a la falta de práctica de las técnicas o a las malas costumbres que uno adquiere en la práctica médica...</i></p>	<p><i>.. Error médico es todo acto que por falta de conocimiento, entrenamiento en técnicas o el simple hecho de asumir que no puedes hacer algo que no sabes puede causar daño al paciente y este incluso ser irreversible o llevarlo a la muerte...</i></p>	<p><i>.. Yo pienso que todos somos seres humanos y podemos equivocarnos. Si te formas bien vas a cometer menos errores. Pero no creo que exista un médico que no cometa errores. Los errores que considero más comunes son la sobre prescripción de medicamentos, y que no hacemos una prevención cuaternaria...</i></p> <p><i>.. NO realmente no sé qué es un error, no he visto, no, ósea no es que jamás he visto, a lo mucho he escuchado un llamado de atención verbal, pero nada más...</i></p>
Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes		

Sobre conocimiento de error médico, en los diferentes postgrados, casi todos los testimonios conocen sobre el tema, tanto sus diferentes causas, así como el factor humano en el cual todo médico está expuesto a cometer errores. En el postgrado de medicina familiar los comentarios sobre error médico es un poco limitado, tienen temor hablar de ello, quizá porque las entrevistas fueron realizadas en su sitio de trabajo y temen alguna sanción.

### GRÁFICO N: 4.3. CONOCIMIENTO SOBRE ERROR MÉDICO



**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfica



#### **4.4.- CONOCIMIENTOS SOBRE CAUSAS DE ERROR MEDICO**

En este capítulo muestra la información más relevante sobre las percepciones de los médicos postgradistas sobre las causas de error médico.

Se expuso ya en el marco teórico, que las causas de error médico varían desde factores asociados con el propio médico y otros factores denominados a internos o externos basándose en una institución y la propia persona. A continuación algunos factores que los postgradistas perciben como causas con mayor frecuencia.

##### **Falta de conocimiento, actualización y capacitación del Médico**

Varios de los entrevistados una vez nombran la falta de conocimiento ya sea por la falta de actualización o falta de estudio como una de las principales causas de error. La falta de conocimientos es un tema muy extenso que a base de lo que ya se expuso en el marco teórico no solo se basa en conocer netamente patologías médicas sino va más allá en el que se encuentra también incluido la falta de conocimiento en la prescripción, en efectos adversos, en reporte , en tratamientos y en diagnóstico. Esto hace que la responsabilidad sea mayor en lo que se aprende o se deje de aprender. La falta de capacitaciones es parte del conocimiento por lo tanto es un factor también nombrado a continuación.

*Creo que tal vez cuando , se tiene un poco de falta de conocimiento o tal vez no se tiene un diagnóstico claro y uno a veces empíricamente puede administrar un medicamento , esperando que , tal vez por la epidemiología o algo le pueda llegar a hacer efecto al paciente, se da a veces medicamentos empíricos , entonces ... eh, tal vez ahí no fue lo más adecuado, porque faltaba investigar más o mejor o realizar un examen o algo , y vuelve el paciente con la misma sintomatología creo que ahí se puede cometer un error.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Evidentemente la falta de capacitación es un factor que influye en la generación de errores.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32años)*

*Los errores ocurren por desconocimiento*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Por falta de conocimientos, a veces tal vez porque no tenemos una evidencia clara de que le está pasando y por la parte clínica nosotros decimos, lo más probable es que sea esto o tal vez no se bien, pero esto creo que le va a ayudar , entonces nosotros por ejemplo damos antibióticos no está bien , así darlo así nada más, sino tal vez ya teniendo una evidencia, nosotros tal vez veamos clínicamente que si necesita antibióticos , o que veamos alguna secreción purulenta o nose signos de celulitis o unas amígdalas purulentas o algo así , nosotros decimos ya por esta situación nosotros debemos dar tal antibiótico o tanta cosa, creo que con esto le va bien, pero hay a veces que , por ejemplo un niño que tenga fiebre por más de 48 horas pero todo el examen físico es normal , pero sigue con la fiebre pero no baja a pesar del antitérmico a veces se inicia antibiótico empíricamente para ver si , si se logra hacer algo , pero no tenemos la certeza de que el antibiótico se lo ideal , entonces a veces necesitamos hemocultivos , pero hasta que salgan los resultados se empieza a dar un medicamento.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Creo que influye bastantísimo, bastante para mí a veces, la falta de conocimiento porque esta profesión es de estar todo el tiempo,*

*actualizándonos , todo el tiempo estudiando , porque es muy grande y sobre todo en nuestro postgrado abarcamos demasiado y a veces no podemos olvidarnos de muchas cosas, entonces a veces creo que es importante sino estamos seguros , buscar las aplicaciones en el internet, en nuestro celular , a veces no nos acordamos un medicamento , no nos acordamos bien la dosis, mejor estar seguros revisar, leer bien la literatura cuanto mismo es la dosis para el peso para la edad o si afecta a nuestros riñones a nuestro hígado o algo y luego darle al paciente así nos vea que estamos revisando , me parece mejor si lo revisamos y no por vergüenza de que nos diga tal vez este médico no está seguro y no sabe ..ehhh .. Darle mal las dosis o darle mal y hacerle daño en eso al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*No tanto, no creo que dependa mucho del medio, creo que depende más de la persona y de la falta de conocimiento.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Bueno uno puede ser por la falta de conocimiento de los protocolos, por la ignorancia de, por la falta de conocimientos en las políticas de la empresa o del lugar en el que estés trabajando en el hospital, bueno factores relacionados con el médico son varios pueden estar dados por el cansancio, por la carga horaria, esos básicamente..... porque no creo que haya errores voluntarios.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Primero por el desconocimiento, porque no sabes, entonces lo que no sabes ahí se comete los errores. También ahorita se me ocurre el*

*cansancio, el cansancio te hace cometer errores, entonces cuando tú estás cansado más de 10 o 12 horas en un servicio solo ahí ya te hace sentir cansado y eso te lleva a errores como profesional.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*El médico el no actualizarse a diario, el no dejar que alguien lo corrija a veces también es falta de humildad por parte de ciertos colegas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30años)*

*Por falta de educación y hasta a veces de integridad queriendo tapar algo que quizá no es culpa directa del médico, pero siempre hay temor.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30años)*

*El desconocimiento, el que se no eduque, creo que el principal factor para que se dé un error médico, porque ningún médico lo hace con la intención de hacer daño al paciente entonces esa sería la principal medida la educación.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Los conocimientos y la actualización constante, porque lo que estuvo bien antes, mañana puede ser un error médico con las*

*nuevas actualizaciones científicas. Eso, además que esté atento de sus pacientes que no se encuentre quemado profesionalmente o con cansancio crónico, que tenga educación continua.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Si actualizarse cada vez, así no se tenga tiempo es nuestra obligación como parte de ser profesionales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*La falta de conocimiento o la falta de dedicación, quizá hasta compromiso.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*La causa de error es más es por la falta de conocimiento de los procedimientos y del uso de las medicaciones, en un mayor porcentaje”*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Evidentemente la falta de capacitación es un factor que influye en la generación de errores*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años)*

*En sí, el error se genera por causas externas, causas internas o multicausal, pueden ser propias del médico desde la parte de la preparación, la formación, la capacidad resolutive que él tenga, el adiestramiento, las habilidades, comprende todo lo que es el potencial en el desarrollo del médico y causas externas que son el ambiente de trabajo, o cuanto te respalden, o en cuanto al equipamiento del hospital, también las influencias sociales, también*

*afecta mucho el tipo de población con la cual tu estas relacionado, eh en fin es multifactorial.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

### **El cansancio, sobrecarga de trabajo.**

En particular, los errores como consecuencia de la fatiga han sido identificados como uno de los factores que más favorecen a la ocurrencia de accidentes laborales. Frecuentemente los postgradistas mencionan factores relacionados con la institución donde laboran en donde se les exige una excesiva carga laboral, largas jornadas de trabajo que resultan en la falta de sueño e incluso la falta de tiempo para poder acceder a la alimentación. Varios estudios han demostrado que la falta de sueño o descanso hacen que el medico sea más propenso a ejecutar cualquier acción física o mental que no vaya en beneficio del paciente, que los movimientos, pensamientos y raciocinio se hacen más lentos.

Es cada vez más habitual en los médicos residentes la existencia de uso de horas extendidas en su formación y turnos de trabajos muy prolongados, es por esto que el

Análisis o estudio de la fatiga y cansancio en este personal contribuye enormemente en la posible prevención de errores en el sistema médico y es a su vez un tema de extrema importancia en la gestión de riesgos.

*Creo que a veces influye bastante, la carga laboral, porque muchas veces llegan pacientes luego de nosotros estar más de 24 horas en el hospital, eh, y uno llega a un cansancio en donde uno no está con todos los sentidos, eh, al cien por ciento por el cansancio y podemos tomar malas decisiones y creo que eso si influye bastante...el cansancio del personal.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*A veces sí, sobre todo por los turnos que a veces realizamos de treinta y dos, treinta y seis horas , ahí si es mucha carga, porque no se llega ni siquiera a descansar bien y toca estudiar y tanta cosa y es como que , no se puede hacer bien ni la una cosa ni la otra , o por tratar de hacerlo bien , terminamos muy desgastados físicamente y también psicológicamente porque no tenemos un buen descanso y si creo que a veces la carga es muy pesada.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*La sobrecarga de trabajo es un causal para que ocurran los errores; no haces bien ni una cosa ni otra. En nosotros los residentes que nos estamos formando muchas veces tienes tanto que hacer que no haces completas, ni bien las cosas. “Hay médicos residentes que trabajan en varios lados y les ven a medias a los pacientes”.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Influye en el que tu estés cansado, agotado física e intelectualmente entonces llega un momento en el que tú ya no puedes, ósea yo digo ya no te funciona bien el cerebro porque ya estás cansado, ya no haces bien los diagnósticos*

*diferenciales o no te enfocas en otras cosas y solo te enfocas en una sola, entonces no buscas otras que podrían ser evidentes y tú por el cansancio no lo puedes ver.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Influye muchísimo el área de trabajo, porque por ejemplo una persona que trabaje en un área crítica no puede desempeñarse al cien por ciento el turno de las veinticuatro horas o treinta horas que hacemos normalmente en los hospitales o más de treinta horas y no siempre hacemos lo correcto bajo esas condiciones, claro que un ser humano ante una situación de stress actúa pero no siempre lo puede estar haciendo de la manera óptima.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*En realidad en error médicos lo que más he visto en la práctica diaria que he tenido se dan por la sobrecarga horaria que tienen los médicos por lo general estos errores que pueden ser en el mal cálculo de hidratación, o dosis de antibióticos que no están bien puestas o algún otro procedimiento que se ha realizado he visto que por lo general se relaciona en esto, cuando los médicos están ya totalmente cansado ahí es cuando hay mayor probabilidad de que se den estos errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*En el hospital que estoy actualmente yo creo que hace que aumente los errores médicos es la sobrecarga de trabajo a una sola persona en este caso nosotros, bueno en nuestro hospital tenemos fellows y tenemos los postgradistas, pero los fellows aun siendo estudiantes en teoría ellos no se hacen cargo de nada, solo pasan visita y se van entonces nos dejan a cargo a nosotros de todo, entonces es demasiada carga de trabajo, son demasiadas cosas, son más o menos 10 niños por sala, que obviamente una sola persona no se*



*puede hacer cargo y que el trabajo debería estar distribuidos para todos equitativamente para todos porque una sola persona no puede estar a cargo de tantos niños, entonces se podría evitar. Otra cosa también es que los médicos tratantes si están al tanto no solo de su cargo administrativo sino que siempre están pendientes de cada sala viendo que pasa con cada niños que pasa con el niño que estaba mal el día anterior van averiguando de todos y ellos mismo si hay algún paciente grave ya con sus conocimientos dan los consejos dan sus tratamientos para que evitar que pase algo de algún error médico, esto estaría a favor.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Bueno en realidad hacer de los errores medico he visto y he vivido un millón de errores médicos pero son dos los que más me han impactado, estoy de acuerdo y pienso que la mayor parte de errores médicos se da porque uno a veces esta en vigilia por más de 30 horas y muchas veces se justifica que muchas veces uno este de guardia y que luego tiene docencia , así se justifica la carga horaria tan pesada que se tiene, esto no está regulado no hay ninguna ley que nos impida trabajar este tiempo por el hecho de ser postgradistas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*La mayor causa de errores médicos pienso definitivamente que sigue siendo la carga horaria que uno tiene y otra cosa que también nos ayuda a cometer estos es que uno no muchas veces no va con la formación adecuada no porque uno no la tenga sino pienso que muchas veces uno debería más tiempo dedicarse a estudiar y podría hacerlo si llegas a tu casa a descansar, entonces me parece que todo*

*está en base a la carga horaria. La forma de mejorarlo es protocolizar leyes para que no haya esta carga horaria.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*La carga horaria, los excesos de trabajo o de pacientes. Mucho trabajamos sin los cinco sentidos no porque sea algo voluntario, sino que somos humanos y nos cansamos. Hay turnos de más de 24 horas que ni siquiera podemos comer, peor descansar entonces esto sería la base para tomar malas decisiones que puedan afectar a nuestros pacientes.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*El cansancio físico de nosotros que nos hace, ósea que no estemos con los cinco sentidos puestos y eso también ósea, no es dependiente de nosotros, pero también influye para generar errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Evitar la sobrecarga de trabajo en el personal médico, eso influiría bastante en evitar el error médico que se sabe que muchas horas de trabajo del personal médico está asociado con alta tasa de errores médicos y lamentablemente todavía en nuestro medio al médico aa... independientemente cualquiera que sea su rama están sometidos a altas horas de trabajo.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Factores institucionales, la carga horaria. Esto por lo tanto hace que te canses más, que no puedas pensar con lucidez.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Los horarios, la falta de comunicación en los mismos servicios, me refiero a que por ejemplo quizá hay cosas que el personal de enfermería podría avisarnos, pero a veces no lo hacen esperando a que seamos regañados.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*La carga horaria, demasiado tiempo de trabajo, sin dormir o descansar hace que seamos más susceptibles a cualquier error.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 30 años)*

*Carga horaria, esto influye mucho porque en realidad, generalmente un médico permanece activo, por ejemplo 12 horas, el mismo hecho de correr por un paciente de correr por el otro como que nos distrae entonces todas deberían tener nuestra atención, sin embargo, hay pacientes con más prioridad y eso a veces nos distrae o nos descuidamos de las demás personas, entonces ahí puede surgir el error que ya viene de parte de nosotros por el cansancio físico y mental.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*La sobrecarga laborar también puede disminuir la calidad de la atención por el hecho de estar uno ya cansado, tal vez ya no es la misma calidad de atención con la que se inició con los primeros pacientes pero es sobre todo por el cansancio profesional.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 30 años)*

*El cansancio.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si como, por ejemplo, falta de insumos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Mucha carga horaria*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Horarios extensos, ósea siempre se trabaja para el bien del paciente, tratamos de hacer lo mejor que se puede, pero a veces ya se escapan de nuestras manos y los horarios no siempre son equitativos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*La idea que tienen todavía los que dirigen por ejemplo en las partes públicas o más que todo las privadas es tener mano de obra barata con largas jornadas de trabajo y con exigencias en las cuales ellos no toman ni en cuenta el cansancio o el agotamiento que el personal puede tener en esta carrera ; por ejemplo hay instituciones privadas en las cuales se trabaja doce horas, al otro día doce horas , además pre guardia de ocho a diez horas y solo se tienen ocho horas libres ; más que todo creo que es un mal funcionamiento de la administración.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Creo que uno de los más importantes factores que causa el error es el cansancio, creo que a veces después de haber completado un turno, con horarios tan extensos, en donde no se duerme, no se come*

*y obviamente uno esta con un cansancio mental uno es más susceptible a cometer errores.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Creo que uno de los más importantes factores que causa el error es el cansancio, creo que a veces después de haber completado un turno, con horarios tan extensos, en donde no se duerme, no se come y obviamente uno esta con un cansancio mental uno es más susceptible a cometer errores.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*El cansancio si afecta más que todo la sobrecarga y en estados de posturno puede afectar por el cansancio, por eso uno debe tener las medidas de precaución en cada acto que hace.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Como yo digo, un médico que está expuesto a una carga de trabajo pesada en la cual no duerme bien, no come bien, y eso es una práctica repetitiva de todos los días, porque si hay médicos que hacemos más de 24 de 30 horas, esas horas pasamos despiertos, y entre más carga horaria tenemos en el hospital, estamos expuestos a cometer más errores y no solo de echo es la carga que tenemos del Hospital sino todas las cosas que debemos hacer fuera del Hospital que son propios de nuestro postgrado, los horarios de clases; no es que cumplimos treinta horas trabajando y nos vamos a dormir , sino que debemos ir a clases , ir a estudiar a la universidad, incluso hay gente que va a trabajar a otros sitios , y debe volver a trabajar en la noche; entonces son múltiples factores , que afectan , pero yo sí creo*

*que la carga horaria es uno de los principales , ya que el médico se cansa.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*¡Por supuesto sí!, Si, de hecho el cansancio hace que cometamos errores , si hay varias investigaciones de que un médico que trabaja más de 36 horas no tiene la misma respuesta en cuanto a habilidades, para saber actuar ante determinadas situaciones, no es lo mismo por ejemplo atender a un paciente cuando recién estas empezando tu turno a las ocho de la mañana que lo hagas al siguiente día alrededor de las diez u once de la mañana que realmente estas muy cansado, y realmente no puedes responder bien a las necesidades del paciente ; entonces si influye bastante la sobrecarga de trabajo en la toma de decisiones.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*La sobrecarga de trabajo afecta porque ya no estamos tan lucidos, ya no tenemos ideas claras después de 36 horas de trabajo, es decir después de cumplir las guardias.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Por la falta de sueño o descanso mental uno no piensa con la misma agilidad que cuando uno duerme o tiene un buen descanso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*La sobrecarga laboral es extenuante, nosotros tenemos un agotamiento, muchas veces este agotamiento lo que hace es no dejar que nos desenvolvamos bien sobre todo cuando estamos en la postguardia, o cuando tenemos que ir a una institución todos los*

*días ; sino tenemos un descanso adecuado lamentablemente creo que no podemos dar el cien por ciento de nosotros porque nos terminamos aburriendo , nos terminamos agotando, nos terminamos cansando y muchas veces le cogemos tedio a la profesión , esa es la verdad.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

### **Excesos de pacientes, falta de tiempo y compromiso.**

Como médicos es a diario que nos encontramos con varios casos de morbilidad y prevención que afectan a la población, en esto es necesario que el conocimiento y pericia aprendida durante nuestros años de formación se pone de manifiesto. Esta capacidad se ve inhibida por causas ajenas de nosotros cuando el tiempo en nuestra consulta resulta corto para satisfacer tanto la demanda del paciente como la nuestra.

Patch Adams, señala en su artículo que en el instituto GESUNDHEIT, la primera cita con su paciente dura mínimo tres horas, siendo este el tiempo clave y propicio para entablar una buena conexión médico-paciente. Desde el 2013 en el Ecuador se implementó una norma de atención médica en la que se manifiesta que son 15 minutos mínimos de atención para control médico, 30 minutos para atención a niños, adultos mayores y mujeres embarazadas, sin respetarse el tiempo por paciente y ciclo de vida, perdiéndose de esta manera la valiosa conexión de confianza que se puede destruir desde aquella primera visita.

No darse el tiempo necesario por parte del médico con el paciente es otro punto de importancia en este tema ya que se reconoce que algunos profesionales pueden trabajar en varios lugares pero su falta de tiempo hace que disminuya nuevamente la relación médico – paciente.

*Tal vez lo que yo he visto , es que muchos médicos trabajan , en dos tres o hasta cuatro lugares y tienen su tiempo cronometrado, entonces a veces los pacientes tienen también poco tiempo , y bueno para llegar a un buen diagnóstico y para llegar a ver muchas cosas*

*que ellos talvez o tienen guardado y no lo sacan fácilmente hay que conversar con el paciente y eso necesita tiempo; muchas veces en la consulta pública te dan 10 o 15 minutos para estar con un paciente y no se llega a abarcar todo lo que el paciente tiene o ver todas las dolencias que tiene , el en realidad a veces quiere desahogarse y creo que ahí vienen muchos errores , porque solo nos dicen parte de lo que ellos tienen y tal vez abarcamos muy poco y tal vez podemos no ver muchos otros diagnósticos que se pasan por alto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Primero yo creo que en las diferentes áreas , por ejemplo en el área de emergencia es la falta de tiempo , porque creo que el conocimiento hay , claro que otro factor es el desconocimiento , pero muchas veces el tiempo que no tienes o no te das el tiempo necesario para hacer una valoración adecuada al paciente es un factor importante.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*La irresponsabilidad de no comprometerse con el paciente, de no mantener actualizaciones en cuanto tratamientos, manejos y también que no haya un protocolo en cada institución que se rote , por si estos existieran es más fácil que todos se puedan poner de acuerdo para un manejo multidisciplinario en cada paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Respecto a la seguridad ...Creo que los errores médicos se deben a la acumulación y a la cantidad de pacientes que ingresan a los*



*servicios de emergencia... algunas veces a la falta de conocimientos o a la falta de práctica de las técnicas o a las malas costumbres que uno adquiere en la práctica médica*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Yo creo que la causa principal de errores, es que hay muy pocos profesionales en la emergencia y hay muchos pacientes, es mucho la demanda; la ciudadanía no está acostumbrada a asistir a un centro de salud, prefiere acudir a*

*la emergencia sin embargo la emergencia no es para atender gripes ni diarreas, entonces eso colapsa el sistema y no se puede brindar una atención a los pacientes que lo necesitan; que son los pacientes complicados, que tienen paradas cardiorrespiratorias, pacientes infartados , pacientes complicados.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*El tiempo, es un factor importante ya que en consulta el tiempo de paciente a paciente es limitado entonces esto es importante ya que es un limitante, al ser el tiempo muy corto es difícil, así se tenga conocimiento.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*El error médico yo creo que se genera a veces por la cantidad de pacientes, hace que uno tenga menos tiempo para evaluar a un paciente y se actúa de la manera más rápida para evacuar la emergencia, creo que son las causas más frecuentes en la emergencia que causen un error médico, creo que otras causas son*

*no tomar las medidas de bioseguridad, el lavado de manos correcto después de haber tocado a un paciente que no sabemos que tiene.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

### **Motivación al personal**

Se ha enumerado varias causas asociadas a la generación de errores médicos, estos factores nombrados se relacionan con el personal, sin embargo, también existen causas relacionadas a la institución en donde la motivación al personal puede ser el origen de la cadena de causalidad para accidentes de trabajo. Por lo tanto, es lógico pensar que una persona no va a realizar bien su trabajo si nunca se le ha enseñado o recibido algún entrenamiento, o su vez el simple hecho de no ver reflejado en sus superiores rasgos como optimismo, interés y cuidado con sus pacientes.

*O sea cada uno trata de hacer su trabajo y nadie se fija si te falto , si estás bien , si estas mal , ósea con que cumplas tu trabajo nadie , se fija en lo demás , ósea esa es la parte negativa también , creo yo , en esa parte sería una motivación para hacer un mejor trabajo si por lo menos alguien te preguntara como estas , pero hay momentos en los que sobretodo en hospitalización la sobrecarga laboral es muy , muy grande , entonces no hay nadie que te diga buen trabajo, no hay motivación .*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina familiar de 33 años)*

*La educación o la autoeducación, ser conscientes cada uno de nosotros que tenemos que buscar lo mejor de la población de nuestros pacientes, que en algunas ocasiones si bien es cierto por a o b motivo se llega a tener una inercia en una patología entonces deberíamos auto educarnos y fortalecer nuestros conocimientos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*El no tener personal capacitado para acercarse a nosotros como verdaderos líderes motivándonos y ayudándonos, más bien siempre hay amenaza y miedo si no haces el trabajo administrativo que es lo que importa al hospital y casi siempre la docencia queda de lado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30años)*

### **Factores institucionales**

La falta de recursos materiales puede acarrear que se trate empíricamente a un paciente tanto en el diagnóstico y tratamiento. Los recursos humanos dentro de los hospitales son factores asociados a la generación de errores, falta de personal de salud capacitado, juegan un papel fundamental en asumir que se cometió un error y por lo tanto tener las respectivas medidas para no volver a cometerlo.

*Otra causa puede ser la forma en que enfermería, tal vez interprete una prescripción, tal vez porque no la entiende, tal vez no está con una letra legible, y se equivoca y la otra persona no se encargó de confirmar o tal vez la falta de comunicación entre enfermería y el médico, otra cosa tal vez que puede llevar a errores justamente es el propio desconocimiento, que no se sepa cómo manejar aun paciente y se lo haga.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Como factor también tenemos la inobservancia técnica que nos va llevar a cometer una negligencia y esto no necesariamente puede ser un error.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Lo que pasa es que nosotros tenemos que hacer una diferenciación entre lo ideal y lo real , realmente lo que vivimos en los hospitales es lo real, en donde hay falta de insumos, falta de profesionales , falta de especialistas , falta de experticia , falta de muchas cosa , en fin; eso es a lo que voy , el desconocimiento no es una irresponsabilidad porque*

*yo no puedo decir frente a un juez; si yo me metí a poner una vía central; sin tener experiencia en colocación de vías centrales , porque eso no me va a exonerar de la culpa; entonces lo que yo tengo entendido dentro del concepto , no dentro de lo que practicamos nosotros, porque lo que yo tengo entendido como el margen de error es realizar procedimientos que no van dentro de mis competencias*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

*Actualmente no, yo pienso que en las instituciones no hay el apoyo instrumental, falta apoyo de los médicos tratantes, falta capacidad resolutive , hay varios parámetros que frenan la práctica diaria , es más la ley; el Código Integral Penal está muy mal difundida, muy mal explicada , falta capacitación, y los casos que hemos tenido aquí en el país en general nos han generado un poco de miedo al actuar ; aquí en nuestro medio hasta se podría decir que uno se pone hasta frustrado al realizar un procedimiento por miedo a las leyes, pero no creo que es por falta de voluntad, creo que es por la falta de establecer una ley clara, porque las personas que fijan la ley no tienen idea de medicina, son personas que realmente no saben la realidad que nosotros vivimos en nuestra práctica diaria.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años)*

### **Factores asociados con el paciente.**

Otras de las percepciones descritas por los postgradistas son los factores asociados con el paciente, muchos mencionan la falta de responsabilidad que tienen estos al no colaborar desde un inicio con el interrogatorio, patologías previas, alergias, uso de fármacos que tienen bastante influencia en el diagnóstico y el éxito de cualquier tratamiento. La asistencia a varios profesionales de la salud hace que los pacientes se confundan y trae desconfianza con el médico que tal vez solo quiere realizar un bien.

Una vez más se menciona la importancia del dialogo médico-paciente, en donde el paciente puede omitir o ignorar ciertas indicaciones médicas basándose en recomendaciones ajenas a la labor médica o por consejos de terceros, por lo tanto trae consecuencias en la salud que pueden llevar incluso a la muerte.

*Alguna falla del paciente puede ser es que ellos muchas veces en el interrogatorio que se les hace a veces porque se olvidan o buscando otra opinión omiten ciertos datos de su historia clínica o de los tratamientos que está recibiendo o de manejos anteriores en hospitalizaciones obviamente esto va a cambiar en el manejo que se pueda tener de la enfermedad actual y no se relaciona en si al error médico sino porque hay una falta de colaboración del paciente en la comunicación. Lo que sería en el personal para evitar errores médicos seria actualizarse, siempre deberían estar actualizados cosa que muchas veces no se puede hacer puede ser por descuido, porque tiene muchos trabajos, porque no se permite o el mismo hospital que debería estar a cargo de actualizar al mismo personal no lo hace, solamente le interesa que sigan trabajando, pero no se preocupan en instruir.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*A veces el paciente no es consciente de que puede omitir ciertas indicaciones médicas por recomendación que son ajenas a la medicina, entonces a veces se dejan llevar por otras experiencias y no por las recomendaciones del médico.*

*Además, omiten información en la historia clínica por ejemplo alergias, enfermedades pasadas o vida sexual.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Primero la falta de cumplimiento de los deberes del paciente hacia las instituciones de salud, ellos desconocen sus deberes y sus derechos entonces pueden dar información errónea, pueden tener dificultad en la adherencia de los tratamientos y las indicaciones, mm tal vez desconocimiento de sus enfermedades muchas veces, desconocimiento de los que están tomando la medicación o buscan información que no está adecuada o no es una educación científica comprobada. Que omita datos al momento de darnos información.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Desconocimiento de las obligaciones del paciente, que omita datos de su historia médica es fundamental.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Que el paciente busque más opiniones, buscando oír lo que quiere y no lo que es en verdad, me refiero a que por ejemplo cuando tienen un resfriado común , muchos pacientes buscan otros médicos con el afán de solo buscar antibiótico porque solo así se sienten seguros.*

*¿En qué aspecto seguro?? (entrevistador), mm en que la gente tiene el mito que toda enfermedad necesita antibiótico o coincide que con el uso de un antibiótico en una enfermedad previa lograron recuperación, pero no todas las enfermedades son iguales, entonces buscan cosas innecesarias a veces que solo puede dar lugar a complicaciones o alargamiento del cuadro.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*El desconocimiento, en el caso de los niños la enseñanza a los padres... a los dos se les debe decir que es una obligación de ellos así como a veces que ellos nos dicen que nos pueden enjuiciar o cualquier cosa nosotros también tenemos el derecho de decirles que por parte de ellos en una mala atención a los hijos también podemos enjuiciarlo y es culpa de ellos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 29 años)*

*Muchas veces que el paciente no te la información verídica, o viene con un familiar y no te da la información adecuada.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*¿Creo que sí, sobre todo por los médicos tratantes mayores, es como que, si he visto muchos llamados de atención a causa de errores, es como que paso? y en el contexto del paciente a veces es diferente cuando uno lo ve y cuando otro lo ve, muchas veces te dice el paciente de una forma ti todos los síntomas y luego cuando hubo un error cambia bastante todo lo que te cuenta el paciente, ahí creo que*

*entraría mas eso de que nos hablan más los mayores y también al tener ellos un poco más de experiencia saben cómo manejarlo o como preguntar , pero ellos le sacan de otra forma la información , y uno dice pero si yo le pregunte lo mismo y a mí me dijo otra cosa diferente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina familiar de 34 años)*

*Una mala información sobre la evolución de su enfermedad y sintomatología obviar ciertos detalles o incumplir un tratamiento o una norma que uno se prescribió ya previamente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

### **Medidas para disminuir la probabilidad de un Error Médico**

Se menciona además, las medidas que perciben los postgradistas como posibles soluciones a no generar un error médico, estas se basan en las largas horas de trabajo en donde se siente su exigir en la reducción de horas laborales, enfatizando más en las horas de docencia que en la “mano de obra”, otro punto mencionado es la falta de reporte de un error a sea por desconocimiento o por temor, en esto se estaría perdiendo la posibilidad de tener retroalimentación. La motivación es necesaria en el que hacer médico diario, la cual ayuda a sentirse mucho más comprometidos con la autoeducación y compromiso.

*Que no se reporte, es por desconocimiento que esto haya pasado, también es bien importante saber lo que paso para evitar continuar con la medicación y a su vez evitar su uso en otros pacientes que pueden ser más graves e incluso llevarlos a la muerte.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*



*Lo que disminuye la ocurrencia de errores por ejemplo creo es la motivación; tal vez al decirnos si estás haciendo bien las cosas, que bueno o tal vez dándonos docencia para ir recordando mejor los casos, mejor cada cosa; creo que eso sería lo mejor, porque la mayoría de errores para mi es la falta de conocimiento, si nos estamos educando todo el tiempo vamos a tratar de disminuir todos los errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Creo que se puede evitar los errores prestando más atención en lo que uno prescribe y estando en los cinco sentidos. Los sistemas informatizados ayudan, pero también a veces uno en el sistema computarizado sigue únicamente plantillas, entonces no todos los pacientes se sujetan a esas plantillas, entonces también es arma de doble filo y puede esto ocasionar un nuevo error. También influye la falta de conocimiento, la falta de formación, la falta de comunicación en los servicios.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Deberían normalizarse mejor la carga horaria que tenemos nosotros como postgradistas por que no solamente estamos nosotros para hacer un trabajo manual, también estamos en cada hospital para tener una docencia que en general no se la cumple, este horario de docencia y a veces somos sobrecargados en cada hospital porque aparte de hacer las guardias de 24 horas tenemos que hacer carga asistencial que muchas veces pasan ya las 8 o 10 horas que estamos pos turno y entonces ahí aumenta esta probabilidad d errores médicos y es algo que podría ser claramente prevenible.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Creando leyes para que uno no le permitan estar en vigilia más de 24 horas seguidas, simplemente no justificar que son 24 horas de guardia y aparte te quedan las 4 horas de docencia todas esas horas deberían ser contabilizadas y no tener más de 24 horas en vigilia y mucho más en áreas críticas como son emergencia, terapia intensiva, neonatología en donde uno literalmente no puede descansar nada. De pronto esto puede ser discutible en áreas en donde uno puede descansar por ejemplo en áreas de hospitalización en donde los pacientes están estables pero al menos debería ser el pos turno libre porque no es posible que alguien este despierto más de 24 horas seguidas, esto se ha vivido por años, todos lo han sobrevivido , pero el hecho de que todos lo hayan pasado no quiere decir que este bien porque es un daño para el paciente, es decir no es por uno es porque el paciente merece que nosotros tengamos los cinco sentidos para no cometer este tipo de errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*A veces sí, otras veces no, siempre es buena la investigación del caso antes de cualquier juzgamiento. En estos casos, primero que se de conocimiento a todos los profesionales de salud no solo a los médicos los formatos de registros, el que se dé clases de lo que se debe realizar en estos casos y como reportar y a quien reportar porque eso desconocemos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*La falta de colaboración en docencia, solo quieren trabajo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

### **Análisis:**

En este capítulo se trata de definir con mayor exactitud los factores más frecuentes y relacionados con la generación de errores médicos. En donde destaca en varios comentarios la falta de conocimiento, actualización y capacitación, en donde el médico es el único responsable de lo que puede aprender y de lo que no desea aprender. El cansancio y sobrecarga de trabajo ya ha sido mencionado en varios estudios como un factor relevante en los accidentes de trabajo, pues la capacidad de juicio y raciocinio están disminuidas.

El exceso de pacientes, falta de tiempo en cada consulta médica nuevamente se vuelve a nombrar aquí, pues el tiempo es realmente muy corto para satisfacer todas las necesidades del paciente, por lo que esto requiere por lo general de mayores consultas y mayor gasto para el estado y para usuario. Lo contrario de esta observación es también la falta de compromiso en mejorar la relación médico con el paciente, esto con una mejor comunicación, dialogo y apertura.

Para los postgradistas la falta de motivación personal sería otro factor que puede generar errores médicos, ya que siempre un buen líder es un buen ejemplo o un espejo para aquellos que aún estamos en formación. Por lo tanto que un líder este lleno de optimismo, interés y cuidado con sus pacientes es más que un buen reflejo de cómo deben de actuar sus estudiantes.

Una de las medidas que más mencionan los postgradistas para prevenir la ocurrencia de errores es el exigir en la reducción de horas laborales, enfatizando más en las horas de docencia que en la “mano de obra”, se sienten preocupados pues la otredad entre el médico y la población en general es evidente, al no tener derechos similares a los trabajadores de otras áreas. El área de salud por lo tanto siempre será mayormente explotada ya sea por los médicos que se están formando o aquellos que ya incluso siendo especialistas no reciben el tiempo y el descanso necesarios para poder tener un estado de lucidez óptimo para cualquier toma de decisión.

**TABLA N: 4.4 PRINCIPALES CAUSAS DE ERROR MÉDICO.**

***Falta de conocimiento y actualización***

*..Evidentemente la falta de capacitación es un factor que influye en la generación de errores..*

*.. Por falta de conocimientos, a veces tal vez porque no tenemos una evidencia clara de que le está pasando ..*

*.. la falta de preparación ,la formación, la capacidad resolutiva que él tenga , el adiestramiento , las habilidades...*

***El cansancio, sobrecarga de trabajo***

*..la carga laboral, porque muchas veces llegan pacientes luego de nosotros estar más de 24 horas en el hospital..*

*..sobre todo por los turnos que a veces realizamos de treinta y dos , treinta y seis horas , ahí si es mucha carga, porque no se llega ni siquiera a descansar bien y toca estudiar y tanta cosa..*

*..Influye en el que tu estés cansado, agotado física e intelectualmente..*

***Excesos de pacientes, falta de tiempo y compromiso***

*.. tal vez lo que yo he visto , es que muchos médicos trabajan , en dos tres o hasta cuatro lugares y tienen su tiempo cronometrado..*

*.. la irresponsabilidad con el paciente..*

*.. El tiempo, es un factor importante ya que en consulta el tiempo de paciente a paciente es limitado..*

### ***Factores asociados al Paciente***

*.. Muchas veces en el interrogatorio que se les hace a veces porque se olvidan o buscando otra opinión omiten ciertos datos de su historia clínica..*

*.. A veces el paciente no es consciente de que puede omitir ciertas indicaciones médicas..*

### ***Factores institucionales***

*..La forma en que enfermería, tal vez interprete una prescripción, tal vez porque no la entiende..*

*.. Inobservancia técnica..*

*.. Falta de insumos, falta de especialistas, falta de profesionales..*

### ***Motivación al personal***

*.. O sea cada uno trata de hacer su trabajo y nadie se fija si te falta , si estás bien , si estas mal..*

*.. El no tener personal capacitado para acercarse a nosotros como verdaderos líderes motivándonos y ayudándonos..*

### ***Medidas para disminuir la probabilidad de Error***

*..Lo que disminuye la ocurrencia de errores por ejemplo creo es la motivación..*

*.. Prestando más atención en lo que uno prescribe y estando en los cinco sentidos..*

*.. creando leyes para que uno no le permitan estar en vigilia más de 24 horas..*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

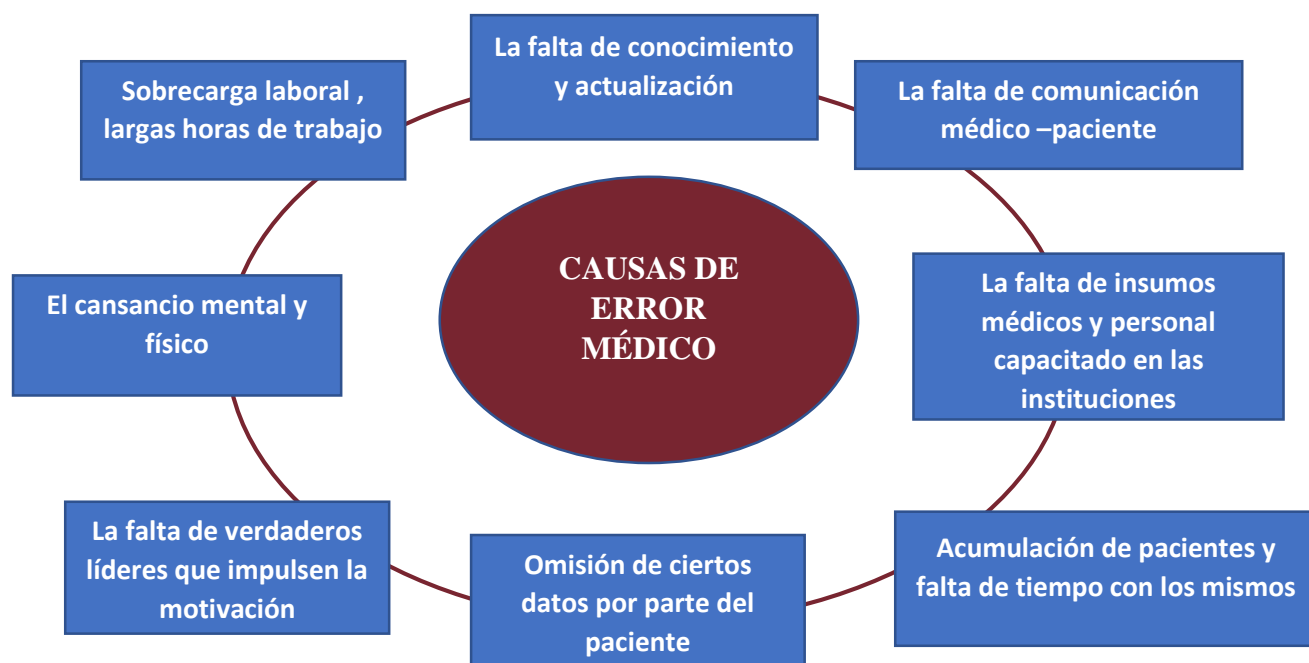
**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

**TABLA N: 4.4.1 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS SOBRE CAUSAS DE ERROR MEDICO.**

<b>COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS</b>		
<b>EMERGENCIA</b>	<b>PEDIATRIA</b>	<b>MED. FAMILIAR.</b>
<i>... Como yo digo, un médico que está expuesto a una carga de trabajo pesada en la cual no duerme bien, no come bien, y eso es una práctica repetitiva de todos los días, porque si hay médicos que hacemos más de 24 de 30 horas, esas horas pasamos despiertos, y entre más carga horaria tenemos en el hospital, estamos expuestos a cometer más errores ..</i>	<i>.. La carga horaria, los excesos de trabajo o de pacientes. Mucho trabajamos sin los cinco sentidos no porque sea algo voluntario, sino que somos humanos y nos cansamos. Hay turnos de más de 24 horas que ni siquiera podemos comer, peor descansar entonces esto sería la base para tomar malas decisiones que puedan afectar a nuestros pacientes..</i>	<i>.. muchas veces en la consulta pública te dan 10 o 15 minutos para estar con un paciente y no se llega a abarcar todo lo que el paciente tiene o ver todas las dolencias que tiene , el en realidad a veces quiere desahogarse y creo que ahí vienen muchos errores , porque solo nos dicen parte de lo que ellos tienen y tal vez abarcamos muy poco y tal vez podemos no ver muchos otros diagnósticos que se pasan por alto.. ...</i>
<i>Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes</i>		

El conocimiento sobre causas de error médico en general es conocido por los postgradistas de los tres postgrados, con mayor frecuencia tanto los postgradistas de emergencia y pediatría hablan sobre la carga horaria y la exposición en áreas de trabajo de mayor complejidad en donde por el cansancio se puede tomar decisiones no muy oportunas con el paciente. A diferencia con el postgrado de medicina familiar comentan sobre la falta de tiempo en la consulta externa. Esto tal vez por las áreas de trabajo un tanto diferente en los cuales laboran los postgradistas.

## GRÁFICO N: 4.4 CAUSAS DE ERROR MÉDICO.



**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfica

#### 4.5 ACTOS EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.

En este capítulo se pretende mostrar la información más relevante sobre la percepción de efectos adversos y seguridad en prescripción de fármacos.

Se ha conceptualizado dentro del marco teórico la definición de evento adverso en donde se indica que este puede ser o no consecuencia de un error médico. Según la OMS un efecto adverso es “cualquier reacción nociva no intencionada que aparece a dosis normalmente usadas”, todo esto es causa de hospitalizaciones e incluso la muerte a nivel mundial.

**Conocimiento de fármacos:** En este contexto varios médicos opinan su conocimiento acerca de la mayoría de fármacos que prescriben y reconocen que son hechos que se pueden considerar como parte de un error médico, diferencian además que no siempre son generados con un error médico y no son eventos intencionales. Se menciona a la rama de la farmacovigilancia que permite el seguimiento de posibles efectos adversos y que ya es ofrecida en los diferentes centros de educación.

*La mayoría de veces si conozco los fármacos que estoy prescribiendo, cuando no conozco busco información antes de prescribir; sobre todo si es algo nuevo , busco en los libros o si tengo a mano y no hay tiempo el internet.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si conozco pero hay que tomar también en cuenta los fármacos que van a hacer utilizados en las sedaciones, estos fármacos son comunes en nuestra carrera, como el Midazolam, este tipo de medicamento tiene efectos adversos que pueden causar una importante complicación, entonces nosotros debemos saber esos efectos, incluso para ver si se producen y poder contrarrestarlos*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

*La farmacovigilancia entraría en esta campo, si es que hay efectos adversos al nosotros administrar algún fármaco, también abarcaría*



*sobre los errores médicos que podríamos cometer y que deberíamos comprometernos con eso, y nada más para mí, no tengo más conocimientos de esto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Lo que pasa es que hay medicamentos dentro de la formación que no usamos de manera regular, ósea hay pocos medicamentos que tienen mínimos efectos adversos, además hay medicamentos que a las dosis mínimas seguras pueden causar un nulo o mínimo efecto.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

*En el pregrado se enseña los medicamentos básicos nada más, solo los básicos, si es que uno pone atención para medicaciones básicas como utilización de antibióticos básicos, analgésicos y eso sí, más allá ¡no! ya le toca a uno leer, el reporte de efectos adversos ... eso si no.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*NO todo el tiempo, no conozco todos los fármacos soy sujeto del cansancio, del stress, del exceso de pacientes como todos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*De los más comunes si se los conoce pero de los se no se conoce nosotros estamos conscientes de todo lo que podría pasar sobre todo en áreas críticas, por ejemplo en el lugar*

*donde estoy ahora rotando siempre que se vaya a tratar con un médico que comúnmente no se utilice, siempre se busca todo tipo de complicación que pueda causarles, los efectos adversos e incluso*

*buscar la dilución para saber si estos se pueden diluir en algún producto u otro para así evitar el mayor daño al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si, sobre todo en las dosis cuando no son adecuadas o cuando no están bien calculados, incluso en los días de vida de neonatos se tiene que revisar que a partir de cierta edad, cierto peso y ciertas semanas de gestación tienen que ser corregidas y muchas veces con la dosis que se empezó se termina y esta dosis no está bien manejada.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si los conozco en el posgrado donde nos estamos formando tenemos una buena formación clínica entonces si algo revisamos bien es la fisiopatología, tratamiento y efectos adversos tenemos buenos docentes que nos imparten y nos dan guías de donde obtener esta información en el caso que no lo sepamos y en la actualidad es fácil si desconocemos ingresar al internet siempre y cuando si tenemos las guías de utilizar cual es la información adecuada, que siempre nos están proporcionando nuestros tutores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*De los fármacos de uso más frecuente si, sin embargo de fármacos que no se utiliza a menudo siempre revisamos antes de utilizarlos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Claro que sí, eso es parte de la educación y formación por que con esto se forma conductas y a quien pues hay en cada institución personal capacitado como comités de infección o de farmacología.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Si en algunos casos de reacción anafiláctica como con aines por ejemplo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si, si los conozco los que se manejan con más frecuencia. De la mayoría.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 30 años)*

*Aja, de la mayoría de fármacos si se conocen los principales efectos adversos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Quizá si lo más común que es dosis y luego ya se verifica o se corrige, sin necesidad de causar daño al paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*Claro hay medicamentos que bueno ya están en el cuadro nacional básico, son algunos que ya habitualmente uno ya los conoce, sabe su mecanismo de acción, todo eso; pero siempre hay que revisarlos; sobre todo cuando se trata de un adulto mayor; hay que ver las interacciones, los efectos adversos y no esta demás por ejemplo revisar los medicamentos; bueno por hi tenemos los vademécums, o algunas aplicaciones para poder ver los medicamentos... ¡sí! , ¡sí! .. No está mal revisarlos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*De los principales que se utilizan en la consulta externa, en hospitalización si se conoce.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Pediatría de 33 años)*

*Los medicamentos del cuadro básico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 29 años)*

*Si por que se conoce la mayoría de fármacos, se sabe cuál es el uso, las dosis que se debe utilizar con nuestros pacientes y los efectos adversos que estos tienen.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

**Reporte de efecto adverso:** Se ha descrito la importancia de reportar efectos adversos en la literatura, hoy en su mayoría no solo se presenta por el fármaco en sí, sino por el mal uso del paciente, es decir no seguir las indicaciones del médico o por que el médico no supo explicarlas. Es aquí que los pacientes prefieren discontinuar el tratamiento por que estos eventos lo asocian con su propia enfermedad y genera la duda si el tratamiento adecuado o no. Varios postgradistas coinciden en que el reporte de efecto adverso es tan importante como el reporte de un error médico ya que ayudaría la retroalimentación y tener mayor cuidado en sus usos próximos en diferentes pacientes, pero este reporte no pasa necesariamente por comité de controles o no se los reporta a nadie porque se logra controlar en un mínimo de tiempo o se tiene temor a una sanción.

*No, nunca he reportado efectos adversos, ósea si se me ha pasado por la cabeza reportar pero no sé en realidad como es el procedimiento de reportarlo, entonces es como más por desconocimiento de cómo reportarlo de que no lo haya notado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Creo que no se reportar todos los efectos de los fármacos porque son efectos controlables, esperados en una mínima proporción, que no hacen daño al paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*No he tenido casos en los que deba reportar los efectos de fármacos, o hay casos donde se producen efectos adversos por ejemplo cuando se utiliza el tramadol ocurre mareo entonces son casos controlables, sabemos que hay un efecto producido por el medicamento, pero casos graves o que no se puedan controlar, no he tenido.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Si, si es necesario reportar o estar pendiente de los efectos de los fármacos, más que todo porque se puede tener un registro de todos los medicamentos, los más frecuentes e incluso las interacciones. También es bueno anotarlo en la historia clínica para tener más cuidado con el paciente. Se debería reportar al líder de residentes, y ellos como conocen el funcionamiento deben armar un registro a nivel hospitalario.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*AY! yo creo que es bajita la probabilidad de efectos adversos, claro porque antes no a todos los pacientes les pedimos por ejemplo función renal, o vemos como esta su hígado antes de prescribirle un medicamento, ósea nos guiamos porque es un paciente joven y nos reporta que no tiene enfermedades, decimos no ha de tener nada y*

*no pedimos exámenes antes de prescribir algo , ósea nos guiamos por el aspecto físico y la aparente clínica que tiene.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Si algunos, por ejemplo, que se administra de una manera inadecuada un manejo con la dosis inadecuada.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*No, no conozco el efecto adverso de todos los fármacos, pero sí de los que uso regularmente, de los principales sí, pero creo que es bastante difícil, conocer todo, de los más conocidos sí, pero por lo menos cosas mínimas del fármaco si se debe saber.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Daño no, pero una mala prescripción y después una verificación si he visto y es común que se prescribe en forma*

*inadecuada y luego se corrige ya que se da cuenta en algunos casos enfermería, el mismo médico que está a cargo o si el paciente hace o pregunta nuevamente, pero no he visto casos con daño al paciente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Recuerdo una vez que trabajaba en la emergencia y fui donde el jefe a decirle que yo no estaba de acuerdo con una medicación que le estaban prescribiendo a una paciente pregabalina de 300 mg y estaba hecha pedazos, entonces fui a quejarme así directamente porque creo que estaba en riesgo la vida de la paciente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Cuando ocurre un efecto adverso a un medicamento lo que habitualmente ocurre es que enfermería reporta al médico y el médico residente tiene que reportarle al médico tratante; en algunos Hospitales hay comités de fármacos y de reacciones alérgicas adversas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Antes en el hospital donde yo trabajaba si se hacía el reporte de efectos adversos de los fármacos, eso era algo que estaba protocolizado, se identificaba el paciente y se llenaba una hoja , en donde se colocaba la hora de administración , el tiempo de administración , quien lo administro, quien lo prescribió, si estaba la dosis correcta , toso eso se ponía ; pero obvio no siempre se hace lo que dicen los protocolos porque se puede*

*incurrir en una penalización para el médico; si fue un error que claramente puede ser dependiente de la persona.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Además, no es común el reporte de estos eventos adversos de los fármacos ahora es como que más por cumplir el estándar de calidad del hospital, pero por ejemplo en uno de los Hospitales que nosotros rotamos que es un Hospital privado por ejemplo no se hace eso, en tal caso uno va a corregir la historia a arreglar todo para que el IESS le pague al Hospital.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Existe el comité de farmacia o bioquímica que existen en cada hospital, siempre es bueno reportar los efectos adversos ya que no siempre es por el mal uso de los fármacos sino también porque*

*cierta medicación no está regularizada o tiene ya algún defecto en su fabricación.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Pienso que es indispensable reportar estos efectos adversos si por los hospitales que he rotado hay un comité de farmacología al que se reporta el efecto adverso en la dosis que se dio, en el tipo de medicación, si fue en la primera administración o si fue en la administración subsecuente.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

Mencionan además que estos efectos adversos también pueden deberse al estado del fármaco ya sea por caducidad o mal almacenamiento. Tomas varias medidas previo al uso de fármacos como los antecedentes de alergias o enfermedades de base.

*He reportado un lote de vancomicina que empezó a dar efectos adversos a algunos niños, con el primer niño ya fue reportado pero con los demás niños que seguían es la obligación de cada uno seguir haciéndolo, además en un determinado hospital siempre los farmacéuticos que son muchos, uno para cada piso, ellos siempre están pendientes siempre preguntándonos, no solo están esperando que reportemos, sino preguntan si hemos observado algún efecto adverso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Que se siga presentado el mismo efecto con otros pacientes, porque se debería hacer una investigación si de pronto si los fármacos que necesitan frio por ejemplo, se rompió la cadena de frio , si el fármaco esta cristalizado o si estaba caducado, la consecuencia es*



*que se sigan repitiendo y llevar a complicaciones ya mayores que pudieron haberse evitado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Corrijo la dosis siempre y cuando tenga el visto bueno de mi médico tratante.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Creo que es frecuente no registrar los efectos adversos de los medicamentos en las consultas sea por desconocimiento de los formatos o desconocimiento de cómo se hacen los procesos de registro, eso creo que es el error más frecuente que he visto en la consulta.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Si creo que es adecuado reportar el efecto adverso de la medicación, no se a quien se debería reportar, tal vez al área administrativa, no lo sé pero debería conocerse este proceso; por ejemplo es común los efectos adversos de la metoclopramida, el paciente se pone inquieto irritable, pero eso se debería reportar.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*En esta institución si, y por lo que se mis compañeros que trabajan en esta institución siempre tienen retroalimentación.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Si cuando se tiene tiempo, casi siempre nos explican o queda como necesidad de aprendizaje.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*No creo que se reporte efectos adversos de las medicaciones, en las instituciones públicas pueden ocurrir efectos adversos que nunca se dicen o se escriben en la historia clínica pero no hay una persona específica que audite cada historia clínica.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Ósea si es importante reportar por que no necesariamente por una ocasión ese fármaco se va a retirar sino que se debe hacer a las entidades respectivas farmacológicas a nivel nacional o internacional , para que tengan ellos los niveles estadísticos que luego nos sirvan o retroalimenten a nosotros de que efectos secundarios están ocurriendo con ciertos grupos de fármacos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Generalmente el reporte se lo hace a algún médico tratante o en las entregas de guardia pero a nivel institucional personalmente no lo he hecho.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Personalmente no he tenido caso, pero si hay formularios ahora que manejan el MSP en relación a reacciones adversas de medicación, entonces así instrumentos para poder anotar ese tipo de reacciones si existen tal vez falta difundir que existen para su buen uso.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Si es importante reportar los efectos adversos que puede tener un fármaco para evitar hacer daño al paciente, entonces si un fármaco tiene un efecto adverso puede causar un daño.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Si sí es importante tener un sistema de reporte de eventos adversos, ya que así también creamos una base de datos que nos puede ayudar a identificar pronto el agente causal*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Si siempre se los reporta, al personal de enfermería, al médico y luego al equipo de trabajo, también lo anotamos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*No se reporta porque no se sabe a quién*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*No se reporta el efecto adverso de los fármacos, por miedo, quizá porque al reportar debe existir algún costo diferencial, es decir este puede ser más económico y resulta mejor comprar el más barato en algunas instituciones, entonces esto no es algo que se hace unidireccional esto es por medio del MSP.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Porque no se les indica a quien o en donde, por ejemplo hay hasta formularios para reporte de efectos adversos, pero por lo general lo llena el bioquímico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años, en el grupo focal de Medicina Familiar)*

*Solo una ocasión en la maternidad con unos formularios que nos entregaron.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Cuando ocurre algo si es preferible manejarlo internamente porque ahora todo es penalizado, pero bueno si debería saberlo el paciente, pero es complicado y delicado.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Así como algo formal que se reporte no, pero si se lo hace, por ejemplo en las clásicas quemaduras por gluconato de calcio, se lo hace pero de una manera extraoficial creo yo , no he visto que hagan un seguimiento público , para que se socialice, se aprenda del error , o lo que se puede hacer o lo que se ha hecho es presentación de caso clínico para que no vuelva a suceder, pero no como identificar el caso específico y decirle al paciente sabe que esto es lo que ha pasado y estamos en un seguimiento , no lo he visto.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*yo suelo preguntar como tres veces a los pacientes si en verdad no tienen alergias a algún medicamento ; siempre le digo y no ha salido*

*algún granito o algo después de tomar medicamentos , le trato de preguntar varias veces , entonces creo que ahí si ya pongo paciente no refiere , y firmo lo que le pregunte , pero si yo le daba el medicamento y el paciente venía con la alergia le hubiera dicho usted me dijo que no era*

*alérgico a ningún medicamento , ahorita toca darle este medicamento para que quite y enviar a hacer pruebas de alergia para determinar a que no mas tiene alergias y evitar otro episodio en el futuro.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

**Uso de Tecnología:** Es claro que en la actualidad el uso de las aplicaciones ha incrementado en los últimos años y es parte de la vida cotidiana. Varios médicos postgradistas se apoyan en el uso de estas para revisar dosis y posibles efectos adversos, con esto aumenta su seguridad y confianza en el momento de prescribir una medicación más en población pediátrica, adultos mayores o con antecedentes clínicos.

*Yo por ejemplo en mi teléfono tengo aplicaciones para ver la farmacología, la posología, las interacciones, eso sobe todo, y cuando se trata de niños calcularles de acuerdo al peso.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Usando las aplicaciones aumenta mi seguridad, si yo no estoy segura primero reviso en la aplicación y si no encuentro en la aplicación pregunto a un médico que tenga más experiencia.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*No conozco todos, para esto generalmente me ayudo en el Medscape o busco en el Pediamecum por ejemplo cuando vemos*

*niños sobre todo. Pero cuando uso los menos comunes porque los más comunes ya sabes, entonces de la mayoría si los conozco.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Yo utilizo en mi celular Save Dose o el Medscape, pero como yo utilizo más de niños el Save Dose; cuando prescribo fármacos que son de todos los días como el paracetamol, ibuprofeno, cefuroxima si me siento segura, pero siempre tengo la precaución cuando doy algo que no estoy dando todos los días, siempre voy a la fuente de bibliografía con el Harriet lane o alguna otra aplicación.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si, la mayoría de veces, utilizo el Lexicomp o guías actualizadas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si, si me siento seguro, si no lo sé pregunto o consulto previo a realizar cualquier tratamiento, la mejor guía que considero yo es el Lexicomp ya que siempre esta actualizado, y nos ayuda también ver interacciones, utilizamos además el Uptodate y también otras páginas de revisión bibliográfica como meta-análisis y revisiones en sí que tengan evidencias altas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Si la mayor parte de veces y si no es así, utilizo guías rápidas en el móvil, como por ejemplo Idoctor, Uptodate o Lexicomp.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Si, de hecho hay aplicaciones, hay literatura que te orienta sobre efectos adversos, sobre todo de las interacciones, mmm*

*muy frecuentes sobre todo en el adulto mayor, entonces si hay bastante aplicación para eso.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*En el caso de los niños a veces uno no recuerda la dosis pediátricas entonces ahí es cuando uno se ayuda de estas aplicaciones o bibliografía para poder prescribir de una forma correcta, porque a veces no se maneja con frecuencia medicamentos pediátricos, o no se está familiarizado mucho con la dosis, entonces ahí es cuando uno se puede apoyar de este tipo de aplicaciones como Medscape o esta del Dinamet.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*Se busca información en el internet.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 29 años)*

*Se busca en aplicaciones, en los libros, en los diccionarios farmacéuticos, en el cuadro básico, el Lexicomp.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años)*

*Ahora ya tenemos muchas guías de referencia no es tan complicado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años)*

**Seguridad en prescripción:** Sobre la seguridad al prescribir fármacos la opinión es bastante variada hoy ha incrementado la misma al sentirse respaldados con los medios tecnológicos y con los médicos tutores en cada centro de formación, algunos médicos no se sienten tan seguros sobre todo en el uso de dosis y en pacientes con polifarmacia.

*No me siento tan seguro, pues aún no está estandarizado, no existe algún protocolo o alguna hoja de confirmación para el reporte de efectos adversos de los fármacos, pero lo hacemos verbalmente, por lo general a veces nos sentimos seguros y otras veces no.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años)*

*Si, si nos sentimos seguros al prescribir los fármacos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 31 años)*

*Cuando prescribo un medicamento si estoy segura lo prescribo, si no lo estoy acudo a mi tratante a mis R mayores, o si no lo trato de buscar en internet; para los niños lo investigo en el Pediadósis, el Sanford también veo cuando tengo pacientes con falla renal que necesitan antibióticos y tengo dudas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Si me siento seguro cuando prescribo los fármacos, conozco los efectos secundarios de los fármacos pero cualquier duda al respecto o si quiero conocer sobre algún medicamento nuevo, siempre uso el internet, pero una aplicación exacta no utilizo.*



*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*No, jajaja no me siento seguro, ósea a veces leemos y decimos este efecto puede dañar al corazón , puede dañar tus riñones , puede dañar tu hígado o cosas así, ósea creo que en general tenemos conocimientos de eso , ósea este medicamento hay que ajustarle de acuerdo a la función renal , de acuerdo a la función hepática y cosas así , pero así como saber de todos los medicamentos es medio difícil ,pero cuando hay un poco de duda creo que las aplicaciones son lo más rápido que uno puede leer , generalmente ocupo el Medscape , entonces voy y pongo el medicamento , veo si hay interacciones , si tiene efectos adversos, cuando no estoy muy muy segura de algo, o cuando desconozco totalmente de algún medicamento .*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Si, si me siento seguro, si no lo sé pregunto o consulto previo a realizar cualquier tratamiento, la mejor guía que considero yo es el Lexicomp ya que siempre esta actualizado, y nos ayuda también ver interacciones, utilizamos además el Uptodate y también otras páginas de revisión bibliográfica como meta-análisis y revisiones en sí que tengan evidencias altas.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Casi siempre cuando uno se hace consulta externa y vienen pacientes referidos de otros médicos en los que vemos que la*

*dosis de ciertos fármacos o días de prescripción estén errados. Bueno siempre se corrige la prescripción sin hacer quedar mal al colega.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*Si estoy seguro, en mi caso si utilizo bastantes aplicaciones para tratar de reducir el error. Yo utilizo las aplicaciones del Uptodate para aplicaciones médicas, el Idoctus, Epocrates, esas principalmente o vademécum en el internet.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Cuando no me siento muy segura de los fármacos es más por las dosis que es lo más frecuente, también ósea como dijo mi compañero Cristian también cuando tiene polifarmacia es importante ver interacciones.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Si la mayoría de veces que pido ayuda en fármacos por lo general sí.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

### **Análisis:**

La mayoría de postgradistas reconocen tener conocimientos sobre los fármacos que manejan habitualmente en sus lugares de trabajo, la farmacovigilancia les ha dado la oportunidad de conocer y seguir posibles efectos adversos de estos fármacos y con esto continuar con la actualización respectiva en cuanto a sus necesidades.

Ahora ningún medicamento está exento de presentar un efecto adverso, en su mayoría los reportes de estos casos se los hace a médicos de rangos superiores, al personal de enfermería o comités formados en cada institución, esto con el fin de obtener retroalimentación y evitar reincidencias. Si bien se los reporta hay un grupo que no lo hace ya que justifican no conocer ningún tipo de protocolo o sistema de alarma, sino lo mejoran internamente por temor a sanción de alguna autoridad o juicio del paciente.

Con estos sistemas de reporte, el uso de protocolos institucionales y guías tecnológicas los médicos se sienten mucho más seguros en el momento de prescribir algún tipo de fármaco, además que mencionan tener mayor conocimientos gracias a la metodología de enseñanza de sus respectivos postgrados.

No existe mayor diferencia entre postgrados, tanto medicina familiar , emergencia y pediatría los comentarios son similares en cuanto al reporte de efecto adverso, el conocimiento de fármacos que se usa habitualmente, etc.

**TABLA N: 4.5: PRINCIPALES PERCEPCIONES SOBRE ACTOS DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.**

**Conocimiento de Fármacos**

*..La mayoría de veces si conozco los fármacos que estoy prescribiendo, cuando no conozco busco información antes de prescribir..*

*..En el pregrado se enseña los medicamentos básicos nada más, solo los básicos..*

**Reporte de Efecto Adverso**

*..NO, nunca he reportado efectos adversos, ósea si se me ha pasado por la cabeza reportar pero no sé en realidad como es el procedimiento de reportarlo..*

*..Si, si es necesario reportar o estar pendiente de los efectos de los fármacos..*

*..Existe el comité de farmacia o bioquímica que existen en cada hospital, siempre es bueno reportar los efectos adversos ..*

**Uso de tecnología.**

*..Yo por ejemplo en mi teléfono tengo aplicaciones para ver la farmacología, la posología, las interacciones..*

*..No conozco todos, para esto generalmente me ayudo en el medscape o busco en el pediamecum..*

**Seguridad en Prescripción**

*..No me siento tan seguro, pues aun no está estandarizado, no existe algún protocolo o alguna hoja de confirmación para el reporte de efectos adversos ..*

*..Cuando prescribo un medicamento si estoy segura lo prescribo, si no lo estoy acudo a mi tratante a mis R mayores, o si no lo trato de buscar en internet..*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

### GRÁFICO N: 4.5. PRINCIPALES PERCEPCIONES EN LOS ACTOS DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.



Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.

Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica

#### **4.6 REDES DE APOYO**

En este acápite se muestra la información más relevante sobre las percepciones de los médicos postgradistas sobre las redes de apoyo, en la literatura no se ha podido establecer el papel de estas en la formación del médico y que rol cumplen en su desenvolvimiento diario ; sin embargo ( Broadhead, 1983) indica que el impacto que ejerce el apoyo social y familiar sobre los procesos relacionados con la salud y enfermedad es asertivo y muestra un efecto beneficioso en la evolución de las enfermedades.

Antes de mostrar cuales fueron las opiniones de los médicos residentes, es relevante recordar las diferentes acepciones que se dan a las redes de apoyo; desde el punto de vista social son consideradas un sistema de relaciones en donde se realizan intercambios entre las personas, los cuales pueden ser materiales, emociones, servicios, que otorgan beneficios a las personas involucradas; bajo este concepto pueden dividirse en redes primarias conformadas por familiares, amigos, vecinos, compañeros y las redes formales cuyos miembros poseen roles específicos que mantienen una estructura organizada y por tanto brindan de manera consecuente apoyo a un grupo de personas.

**Jerarquía y Redes de Apoyo:** Algunos de los médicos entrevistados nombraron a las redes formales como médicos tratantes, enfermeras, jefes de servicio o compañeros de años superiores ubicados dentro de las instituciones donde se encuentran rotando, considerando que la jerarquía que ocupan es un punto de apoyo en el caso de necesitar su ayuda.

*Afortunadamente, los médicos tratantes siempre han estado ahí, muy preocupados de sus paciente, al igual nuestros residentes mayores, y uno aprende esto porque cuando el residente menor pregunta algo yo tengo la responsabilidad de hacer lo mismo, siempre he recibido la buena colaboración de todos los tratantes.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Acudo de hecho con la Jefa de enfermeras, porque debo ir primero al grupo de profesionales que están en cuidado directo con el paciente, para ver qué medidas se deben toma.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años.)*

*Normalmente no estoy sola, si estoy con alguien que sea mayor a mí en el posgrado acudo a su ayuda... sino a médicos tratantes con ellos directamente, sino a los fellows ya que con toda su práctica que han tenido nos puedan ayudar.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Al primero que le comunico cuando ocurre un error es al tratante, porque es el que más experiencia tiene y es el jefe inmediato superior; el que debe comunicar a las respectivas autoridades.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Mi primera opción... y afortunadamente tengo a médicos tratantes que están dispuestos a contestar incluso en horas de la madrugada, cuando se trata de cosas importantes he llamado incluso a hasta altas horas de la madrugada y siempre he hallado una respuesta positiva...también mientras esto sucede uno se apoya en los residentes mayores o médicos tratantes que estén, o en el caso que uno este solo, se empieza a leer para tener ya una idea de las indicaciones que nos van a prescribir.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Los médicos tratantes siempre están atentos a las llamadas incluso en las guardias, siempre he recibido una respuesta agradable y confortable.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*...En la práctica profesional, busco apoyarme en los tratantes, ósea en los médicos con más experiencia; yo lo que he hecho es ir a preguntar... doctor si usted tuviera un paciente de estas características que haría o que le daría... y si me pregunta porque le pregunto, le digo porque paso esto o aquello y discuto un poco el caso, eso si lo hago...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Redes personales de apoyo:** Los médicos postgradistas entrevistados consideran que tienen soporte profesional por parte de los profesionales de rangos superiores o los tratantes, en relación a dudas o apoyo laboral; sin embargo consideran que el respaldo emocional no se brinda por este grupo formal, este es obtenido de los familiares, amigos o compañeros considera una red personal inmediata, algunos lo atribuyen a que el trabajo que se realiza es de gran demanda por lo que el tiempo es uno de los factores para que no se pueda brindar esta ayuda y otros consideran que es difícil hablar de situaciones emocionales con los médicos de rangos superiores.

*En relación a las instituciones médicas, en la parte emocional no creo que reciba apoyo, pero de manera laboral ¡sí!... pero ¡no se!... no sé hasta qué punto este tan apoyada, más bien creo que me van a regañar bastantísimo... no se tal vez para hacerme sentir un poco peor... (risas) o tal vez para hacerme ver todos los errores, no se creó que así ayudarme mucho emocionalmente... no creo...*



*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

*Cuando ya ha ocurrido algo más complejo le cuento a mi esposo, le digo mira paso esto, yo no estoy de acuerdo en esto.... o yo me jalé en esto o hice esto, o cosas así; creo que comúnmente no voy a hablar de cómo me siento con los médicos superiores...porque sé que no me van a entender....*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

Los testimonios obtenidos muestran que el apoyo familiar es muy importante como sostén emocional, además es donde el médico postgradista puede desahogarse y buscar un soporte; volviendo al concepto inicial; la familia es una red social primaria por lo tanto es considerada un núcleo de aceptación y ayuda, en donde el respeto de los miembros que la conforman permite mostrar los sentimientos de manera más fácil y abierta.

*Donde explota todo es en la familia, por eso es mejor conversar con la familia para desahogarse antes que se formen problemas en el trabajo...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años)*

*Mi familia es mi parte incondicional en todo esto, mi esposo, mis papas y mis hermanos son mi mayor apoyo, y el mayor apoyo que uno puede recibir son las palabras de aliento, de seguir con esto a uno lo hacen sentir orgulloso por el trabajo que se está realizando.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Mi familia siempre me da apoyo diciéndome que no me estrese que siga adelante que ya falta pocas horas para que se acabe el turno, en*

*ellos siempre encuentras el apoyo cuando uno ya está cansado y quieres dejar todo ahí.....*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*...Mi familia siempre me apoya en todo, como vivo sola no los tengo aquí pero siempre a la distancia saben animarme.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*De mi familia.....cuando hay mucha carga laboral, ellos me escuchan a desahogarme del proceso fuerte de la carga laboral porque dentro de la institución se vuelve necesario cumplir con la carga independientemente si es buena o mala para uno... somos llamados lamentablemente a cumplir con esa situación.....*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años)*

*El apoyo emocional sobre todo... básicamente es el mayor apoyo... claro hay familias que apoyan económicamente, en otros casos, el apoyo de los hijos o el de los padres.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Mi familia me comprende cuando estoy cansado... cuando estoy pos turno.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*La familia nos ofrece tranquilidad, conversar con ellos es bueno... para evitar quedarnos con las cosas fuertes nosotros y no explotar en el lugar de trabajo, entonces conversar con mi esposa es bueno...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*En el caso de nuestras familias, no nos estresan, nos entienden cuando estamos pos turno...*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años)*

*Recibo ayuda del interno rotativo o de compañeros residentes que se encuentren en mi trabajo. En el caso de mi familia ellos me ayudan facilitándome y disminuyendo de pronto mis labores en el hogar...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

Solamente un médico entrevistado indicó que no se comenta de las cosas que suceden en el trabajo en el hogar, probablemente porque considera son dos ámbitos distintos y los problemas generados en cada uno de estos espacios deben ser resueltos de manera individual y que no se mezclan el uno con el otro.

*Bueno a mi familia yo no le cuento, porque todo lo que es trabajo queda en el Hospital... lo de la casa es algo totalmente aparte.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 30 años)*

De los participantes, se tuvo una única entrevista en donde no solo se ubicó a las redes de apoyo dentro del personal sanitario, ni la familia; sino del apoyo de la religión, como una red que puede mostrar respaldo con consejería o ayuda en caso de ser necesario.

*Creo que primordialmente esta mi familia, mis padres, sé que ellos han estado en todo tiempo y mientras estén vivos siempre van a apoyarme en todo lo que yo haga... o sé que ante cualquier problema ellos están ahí... otra red de apoyo, tengo mi iglesia, sé que puedo contar con muchas de las personas que están ahí, y que, para darme un consejo, o cualquier tipo de ayuda si la tengo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

Además, es relevante el hecho de que los postgradistas al buscar apoyo en los médicos de rangos superiores, intentan mejorar y aprender, pero también es interesante percibir que la apertura para la comunicación y ayuda depende del sitio donde se esté realizando la rotación y de la carga laboral que se tenga en ese momento, la mayoría de testimonios coinciden que el sitio donde se brinda mayor apoyo es en el sector privado probablemente porque cuenta con mayor personal, con todos los insumos necesarios y porque es donde se habla o se enseña sobre este tema con talleres o con charlas que abarcan temas específicos; (Sánchez C, 2001) indica que la obligación es compartida para las instituciones, servicios de salud y para el profesional el mejoramiento de la cultura de seguridad y existen factores como la exigencia del paciente, el número de personas que atiende un médico por día, número de horas laborables, falta de insumos y personal que son factores que llevan al aumento del error profesional.

*Creo que es común comentarles a los familiares y también a los compañeros, pero en mi caso es con el fin de ver en que se puede mejorar o que se puede evitar para las siguientes ocasiones...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años)*

*Depende del lugar...como dije a veces uno recibe ayuda de la enfermera otras del interno, en otros lugares no se recibe ayuda y le toca a usted solo hacer todo*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*En ocasiones ¡sí!, si recibo ayuda y esta ayuda depende de la actitud de las otras personas.... básicamente de la actitud de ayuda, apoyo, de todo eso; y eso sería fundamental sobre todo si se trabaja en un hospital grande y sobre todo de gran demanda...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*En este hospital si nos ayudamos, pero en otros lugares no, somos individualistas muchas veces, pero en este hospital como todo el tiempo hay médicos tratantes de varias especialidades, o compañeros tuyos que están dispuestos a ayudarte; te dan las normas de seguridad, para el cuidado del paciente, el evitar errores, eso es vivencial el día a día te lo enseña...*

*(Testimonio de una médica de Medicina Familiar de 34 años)*

Cabe también indicar que, algunos postgradistas indicaron que en las instituciones muchas veces la preocupación es únicamente la parte laboral, el cumplir con las obligaciones establecidas y que se da muy poca importancia a las necesidades o problemas personales que estén atravesando.

*Yo no recibo ayuda de nadie, en las instituciones uno debe cumplir con los horarios establecidos y le guste o no, este cansado o no, le parezca o no, uno debe cumplir, y creo que nadie se pone a pensar, tal vez está cansado, tal vez no ha comido, tal vez tiene algún problema; nadie, uno tiene que cumplir su horario y punto se acabó...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

**Retroalimentación y apoyo:** La retroalimentación es importante para poder mejorar el conocimiento y generar empatía entre los miembros del equipo médico, estas retroalimentaciones indicaron las realizan los médicos tratantes y esto ayuda para generar mayores conocimientos y seguridad en el ejercicio profesional.

(Fellner, 1984) indica que la retroalimentación es una de las herramientas más poderosas para modificar el comportamiento humano, un refuerzo positivo genera una consecuencia positiva y esta actúa de mejor manera si es objetiva, explícita, positiva y

frecuente; esta ha demostrado ser más efectiva para generar comportamientos seguros que las lecciones, que los castigos o políticas establecidas sobre este tema.

*..... Depende de que tan a full estén ellos, porque si ellos están muy ocupados solamente nos dicen si, si has esto o nos dan indicaciones pero no nos dicen nada más... pero en otras ocasiones cuando hay menos trabajo, o menos carga en lo que estemos haciendo; los tratantes si se dan el tiempo de decir ven te enseño, porque se hace esto o como se hace, o en otros casos... quiero que leas esto para que mañana podamos discutir...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Básicamente el médico tratante nos da retroalimentación cuando estamos aquí, o los compañeros de años superiores también cuando nos quedamos hasta tarde.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*El médico tratante que esta ese momento con nosotros es el que nos explica, o la persona que se encuentra mayor tiempo en el servicio que conozca de protocolos o de guías de manejo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría 29 años)*

*En esta institución si recibo retroalimentación, y mis compañeros que trabajan en esta institución... siempre tienen retroalimentación.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Siempre nos dan retroalimentación, ya sea en un momento libre o el mismo rato.... discutimos al día siguiente cuando ya hemos revisado lo preguntado, casi siempre nos complementan...*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Pediatría de 30 años)*

*Por lo general no todos los médicos tratantes nos ayudan pero si nos explican cuando les preguntamos...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

La seguridad de los pacientes es un componente en la calidad de la atención, se origina este concepto en la década de los 90 y se afianza con la propuesta de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005) un punto crucial que destaca en esta propuesta es el manejo adecuado de la información del profesional sanitario hacia el paciente; manejar adecuadamente la incertidumbre en la relación médico-paciente como un eje para mejorar la confianza y generar satisfacción percibida de la atención sanitaria brindada.

El comportamiento de algunos médicos residentes nos muestra que, aunque ellos teman ser castigados o reciban una recriminación por algún error cometido, piensan que el informar al tratante, les permite sentirse respaldados, al no comunicar oportunamente consideran puede generarse un daño mayor al paciente; mostrándonos de esta manera un cambio positivo en la cultura frente al error médico, ya que se puede apreciar aunque no en la mayoría una actitud más receptiva y positiva y no sostienen la llamada “cultura de la culpa” ya que no esconden sus errores (Aibar C, 2005.)

*Primerito... pienso que bueno nosotros como residentes lo que sabemos hacer es intentar resolver el problema entre nosotros y si no se puede se tiene que informar al tratante, pese a que haya la llamada de atención o lo que sea, pero tiene que saber, porque de ese error grave solo puede generarse algo grave para el paciente, y*

*si vamos a lo legal ahora con las nuevas leyes todo tiene que saber el tratante...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Yo, acudo al tratante, también les comento a mis compañeros para que no cometan el mismo error... a mis residentes mayores... a veces hasta el coordinador del postgrado se entera, y es preferible que sea informado por uno mismo, hasta para que nos diga porque hiciste eso...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*Yo acudo al médico tratante... porque creo que son los que están directamente involucrados, y son los jefes superiores que te pueden ayudar a resolver el problema; es muy difícil decirle al paciente por las implicaciones que esto conlleva, pero es necesario que los jefes superiores sepan para encontrar soluciones...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*Dentro del nivel hospitalario se busca ayuda, por ejemplo si hubiera alguna situación como por ejemplo de IRAG (Infección respiratoria aguda grave) siempre se comunica a laboratorio o con enfermería o con patología, para el bien del paciente; además siempre pido ayuda a mis médicos tratantes....*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*Siempre pregunto; pero no porque ellos me lo expliquen todo, aunque si es así en la mayoría de veces, sino que al preguntar quiere*



*decir que yo tengo un vacío en ello , entonces estoy obligada a revisar por mi cuenta cualquier duda que tuve en la guardia.... para el bien del paciente*

*(Testimonio de una médica del Postgrado de Pediatría de 30 años)*

### **Análisis:**

El testimonio de los informantes seleccionados, muestran que las redes de apoyo son un pilar en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente, esto se evidencia al ver que la mayoría de los médicos entrevistados buscan evitar el daño con la comunicación que es una herramienta utilizada para que en el supuesto caso, de que acontezca algún error en la atención del paciente, se tomen las medidas correspondientes para no generar mayor perjuicio; el apoyo familiar desde cualquier perspectiva genera un núcleo donde se puede encontrar desahogo y acompañamiento, al igual que el originado con los compañeros.

Únicamente un entrevistado indicó que los problemas del trabajo son independientes de la familia, esta idea puede basarse en la concepción de la familia como un núcleo social de interacciones con los diferentes medios, pero con una idea de protección y de generación de bienestar y descanso, por lo tanto los problemas laborales serían un disturbio a esta idea de familia; el apoyo que se percibe depende del sitio donde se encuentren realizando sus rotaciones , porque el personal existente, la confianza con los compañeros y la existencia de interés por parte de la institución; factores que mejoran la comunicación y por ende influye en la seguridad del paciente, existió un testimonio que considera a la religión como una red de apoyo; considerando esta red de apoyo desde la perspectiva de cuidado de un respaldo o de apoyo institucional formal.

A continuación, se muestra una tabla con los principales testimonios sobre las redes de apoyo.

**TABLA N: 4.6 PRINCIPALES TESTIMONIOS ACERCA DE LAS REDES DE APOYO.**

**JERARQUIA Y REDES DE APOYO**

*...Afortunadamente, los médicos tratantes siempre han estado ahí, muy preocupados de sus paciente, al igual nuestros residentes mayores, y uno aprende esto...*

**REDES PERSONALES DE APOYO**

*...Donde explota todo es en la familia, por eso es mejor conversar con la familia para desahogarse antes que se formen problemas en el trabajo...*

**RETROALIMENTACIÓN**

*...Básicamente el médico tratante nos da retroalimentación cuando estamos aquí, o los compañeros de años superiores también cuando nos quedamos hasta tarde...*

**SISTEMA DE SALUD**

*...En esta institución si recibo retroalimentación, y mis compañeros que trabajan en esta institución... siempre tienen retroalimentación...*

**SERVICIO**

*...Depende del lugar...como dije a veces uno recibe ayuda de la enfermera otras del interno, en otros lugares no se recibe ayuda y le toca a usted solo hacer todo...*

**FAMILIA**

*...La familia nos ofrece tranquilidad, conversar con ellos es bueno... para evitar quedarnos con las cosas fuertes nosotros y no explotar en el lugar de trabajo, entonces conversar con mi esposa es bueno...*

**IGLESIA**

*...Otra red de apoyo, tengo mi iglesia, sé que puedo contar con muchas de las personas que están ahí, y que, para darme un consejo, o cualquier tipo de ayuda si la tengo...*

**NINGUNA RED**

*...Yo no recibo ayuda de nadie, en las instituciones uno debe cumplir con los horarios establecidos y le guste o no, este cansado o no, le parezca o no, uno debe cumplir...*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

**TABLA N: 4.6.1 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS SOBRE REDES DE APOYO.**

COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS		
EMERGENCIA	PEDIATRIA	MED. FAMILIAR.
<p><i>.. Recibo ayuda del interno rotativo o de compañeros residentes que se encuentren en mi trabajo. En el caso de mi familia ellos me ayudan facilitándome y disminuyendo de pronto mis labores en el hogar...</i></p> <p><i>..Bueno a mi familia yo no le cuento, porque todo lo que es trabajo queda en el Hospital... lo de la casa es algo totalmente aparte....</i></p>	<p><i>.. Mi familia es mi parte incondicional en todo esto, mi esposo, mis papas y mis hermanos son mi mayor apoyo, y el mayor apoyo que uno puede recibir son las palabras de aliento, de seguir con esto a uno lo hacen sentir orgulloso por el trabajo que se está realizando..</i></p>	<p><i>... En relación a las instituciones médicas, en la parte emocional no creo que reciba apoyo, pero de manera laboral ¡sí!... pero ¡no se!... no sé hasta qué punto este tan apoyada, más bien creo que me van a regañar bastantísimo... no se tal vez para hacerme sentir un poco peor... (risas) o tal vez para hacerme ver todos los errores, no se creó que así ayudarme mucho emocionalmente... no creo...</i></p>
Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes		

En cuanto redes de apoyo, los postgradistas de pediatría y medicina familiar comentan con mayor frecuencia tener apoyo de sus familias, algunos comentarios se refieren a la institución en donde los postgradistas de medicina familiar, temen acudir a pedir ayuda a alguna autoridad, porque lo relacionan con regaños o castigos. En el postgrado de emergencia, mencionan que casi siempre buscan apoyo a nivel institucional ya que no problemas en el trabajo se arreglan en el trabajo.

**GRAFICO N: 4.6 PRINCIPALES REDES DE APOYO PERCIBIDAS  
POR LOS MÉDICOS POSTGRADISTAS**



**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfica

## 4.7 CASO ERROR

En esta sección, se muestra los principales casos de los postgradistas ocurridos en su práctica médica relacionados con el error médico, el análisis de los casos muestra un acercamiento a los factores que pueden estar involucrados en la generación de errores, además de las posibilidades para el manejo del mismo, las actitudes que los entrevistados tuvieron frente a esta situación y desde su perspectiva cómo se solucionó y las repercusiones que estas pueden tener en la seguridad del paciente.

Al narrar de manera vivencial un caso se logra apreciar los pormenores de la situación evidenciando todo el conjunto de actitudes y prácticas que se suscitan en el relato.

**Evento adverso:** Es definido como un evento inesperado, que no guarda relación con la historia ni las complicaciones esperadas de una enfermedad; sino que se origina a causa de la atención médica que se ha brindado (Aguirre G, 2004); en el siguientes testimonio se habla de un evento adverso ocurrido al realizar un procedimiento, en donde ocurrió la rotura de una aguja, lo que a su vez complicó al paciente, lo interesante del relato es como se considera que la comunicación y el apoyo de alguien con más experiencia fomentan la resolución pronta de este suceso.

*...Recuerdo como error médico ... el caso de una postgradistas en cardiotorácica ... pero ..ehhhh... más que intencional fue un accidente que no se esperaba; ella estaba introduciendo ..... Tenía que colocar un tubo torácico, recuerdo; entonces ella estaba infiltrando la anestesia y la aguja se rompió dentro del tórax del paciente; entonces la aguja se quedó ahí adentro, en el tórax, Y, obviamente la Doctora tuvo que abrir un poco más la herida para buscar la aguja y para poder sacar, y hasta lo que recuerdo nunca se pudo sacar la aguja.....hasta lo que yo recuerdo... Creo que en este caso se pudo haber llamado a alguien con más experiencia en esa parte ..... eh hh..... bueno primero, la Doctora si tenía experiencia en la colocación de tubos torácicos ..... pero ya después de haber presentado este*

*evento, posteriormente, se debió haber buscado ayuda de alguien que posiblemente ayude a solucionar este problema; creo que, si hubiera sido adecuado reportar este problema, claro; claro que sí; al otro día la doctora si le reporto al médico tratante, entonces, obviamente todo esto si fue registrado en la historia...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Inadecuada identificación de los pacientes:** Recabando la información sobre el error médico, sabemos que este puede ser evitable o inevitable y a su vez es multicausal y multifactorial, producido por complejos mecanismos, sin embargo, establecer una responsabilidad médica mediante el afrontamiento serio y transparente de la situación es una estrategia que ayudaría a la reducción de estas situaciones.

Aproximadamente el 13 % de los errores que se han reportado en el área quirúrgica están relacionados a la identificación errónea de los pacientes (Cleopas A, et al 2004) por esta razón es importante realizar una adecuada identificación en todo lo que concierne a muestras, procedimientos, e información.

*....Bueno he visto que se han rotulado mal las historias clínicas, o al rotular una muestra, se han puesto los datos equivocados de un paciente y se manda justamente esa muestra a nombre de otro paciente, es un error pequeño, pero sigue siendo un error...bueno en el Eugenio Espejo , creo que tuve a unos pacientes en los que se equivocaron al rato de rotular las muestras, recuerdo que eran unas pacientes mujeres que mezclaron justamente las muestras, y recuerdo que ha una de ellas se le pidió una prueba de BHCG y salió positiva , pero esta prueba no era de esta paciente y se le llevo a decirle a ella que estaba embarazada y el esposo recién venía de viaje , había estado ausente seis meses , entonces ahí se produjo por poco un desastre en el Hospital;*

*bueno no se notificó a algún superior, aunque tal vez hubiera sido lo correcto, bueno no una notificación a todo el Hospital , pero si a los del área de emergencia , claro que los que estaban ese rato en la emergencia sabían , pero no un ente superior , por lo menos alguien superior ; en este caso el propio médico que estaba a cargo fue quien le comunico a la paciente que había habido un error en cuanto a rotular el nombre de las pacientes y que estaban las muestras cambiadas y obviamente se le explicó y se le volvió a tomar las muestras para verificar que ese error existía...en este caso la paciente estaba sorprendida y el esposo enojado; porque a él le sorprendió que ella este embarazada cuando el recién había llegado... Si a mí me hubiera pasado yo hubiera dicho la verdad obviamente, porque lo mejor es ser frontal y decir lo que paso, porque sale peor ocultar esa información, ya que al inicio se le dijo le hicimos un examen y usted está embarazada, entonces luego para cambiar eso hay que darle una explicación y explicarle porque pasó eso...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

Como en el caso anterior en este argumento podemos ver que también existe una confusión al momento de la rotulación o identificación correcta de los pacientes, dentro de la cultura de seguridad el hecho de tener una adecuada identificación del paciente es uno de los puntos fundamentales e iniciales de las prácticas seguras dentro de las instituciones.

*....Dos errores médicos que viví , uno le paso a una compañera de trabajo , tenía una niña hospitalizada por diabetes y a lado estaba una niña con leucemia entonces a la niña con diabetes se les estaba haciendo controles de la glicemia cada 4 o 6 horas , estas glicemias tenían que ser*

*anotadas en una hoja de evolución después en el pos turno ya cerca de las 30 horas de estar en vigilia, los niveles de glicemia que anoto eran los adecuados pero en el momento de rotular la hoja puso el nombre de la otra niña que estaba alado de leucemia, evidentemente esta niña con leucemia estaba en tratamiento con corticoides y había la posibilidad que haga una hiperglicemia se atribuyó que todos esos valores de glicemias elevadas eran de la niña con leucemia, incluso vino el endocrinólogo y prescribió ya dosis de insulina a esta niña que no tenía ningún valor elevado, afortunadamente el personal que llevo al cambio de turno hizo los controles correspondientes antes de administrar la insulina y no fue administrada esta insulina... y este error médico se vio casi a las 48 horas cuando alguien se dio cuenta que esos valores correspondían a la otra niña... Pudo haber sido totalmente catastrófico pero afortunadamente no paso a mayores.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Pediatría de 33 años)*

**Errores evitables:** El error evitable es multicausal responde por una parte a las fallas que puede tener el personal de salud al realizar un procedimiento, dar un diagnóstico o un tratamiento y por otro lado a fallas estructurales como: equipo insuficiente, falta de espacios adecuados, insumos escasos e incluso guardan relación con la cultura institucional (Aguirre G, 2004).

*....Tuve la mala suerte de dejar un bisturí cuando se me paso por alto y se quedó pegado en una de las lavacaros de procedimiento, y que por suerte no lo había ocupado pero se quedó pegado, y al limpiar la auxiliar se cortó, entonces tuvimos que notificar, ósea se llamó a la jefa de enfermeras que estaba a cargo y se procedió a llenar todos los*

*formularios y se envió al médico ocupacional para que le siga haciendo todos los exámenes y controles y luego ya me dijeron que*



*había tenido que ir varias veces para los controles. Realmente me sentí muy mal porque sabía que la culpa era mía, no sabía que decir porque era toda mi responsabilidad y solo le dije que me disculpe que no quise dejar eso ahí.... pero que no había sido contaminado con sangre ni ningún fluido del paciente... pero que, si corre el riesgo porque se había cortado, pero nada más, no sabía que hacer realmente.... “Se enteró todo el hospital”...creo que con la única con la que me desahogue fue con la interna que estaba alado y le dije que me sentía muy mal, que era mi culpa y que ahora va a ser todo un lio por mi culpa y en realidad si fue todo un lio (risas)... me llamaron a la Dirección y todo, pero luego ya le pedí disculpas a la auxiliar y le toco hacer todo el trámite.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

Para disminuir la incidencia de errores evitables, es imprescindible garantizar la formación continua, la actualización y preparación adecuada, que asegure las competencias necesarias en el personal de salud, para satisfacer las necesidades de los pacientes (Graber M, 2002).

*...Bueno si al momento de la reanimación del paciente no se realizaron los pasos correctos, cuando había una parada cardiorrespiratorio; por ejemplo, en este caso estuvo mal el manejo de la vía aérea, colocaron una bolsa mascarilla, pero no pusieron la cánula y la lengua de por si va hacia atrás luego de la relajación de la vía aérea; entonces es necesario y casi obligatorio poner la cánula y se olvidaron...yo creo que esto se debe a falta de entrenamiento...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

**Diagnóstico equivocado:** El error médico puede estar relacionado con la organización de salud y no solo con el personal sanitario; existe el error por diagnóstico inapropiado; que ocasiona un retraso en tratamiento necesario para el paciente y como consecuencia se produce un evento desfavorable (Ramos BN,2005), según el autor este es el error que mayor morbilidad genera en la práctica médica.

*...Ahorita que se me venga a la mente... hubo un mal diagnóstico de un paciente adulto mayor... que una vez ingreso con un cuadro de dolor lumbar y abdominal, la hija dijo que tenía antecedentes de litiasis renal , entonces la clínica inicial del dolor hacía sospechar que podría ser un episodio de litiasis renal pero el paciente durante la evaluación realizó un episodio de síncope... se recuperó el estado de conciencia en unos tres minutos aproximadamente , entonces se le hizo todos los exámenes y se lo llevo hacer una ecografía renal sospechando de una litiasis renal , posterior a esto en el momento que se le llevo al paciente nuevamente hizo un episodio de síncope y después solo hubo una recuperación ligera del estado de conciencia y el paciente se complicó; se le tuvo que intubar y transferir... después de lo que me entere el paciente solo se mantuvo con tres horas de vida y falleció, el diagnóstico fue un aneurisma aórtico... ¡fue ruptura de aneurisma aórtico! ( expresión de sorpresa)..*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

Existe en la actualidad la necesidad de mejorar la seguridad del paciente cuyo objetivo establece la disminución de los riesgos en la atención sanitaria que se brinda; sin embargo el ambiente laboral actual regido por los cambios de la globalización lleva a los profesionales sanitarios a laborar más horas de las recomendadas , para generar ingresos que logren mantener el nivel de vida y poder adquisitivo actual, lo que conlleva a la generación de errores por el cansancio y estrés que genera esta situación (Cooper J, 2000).

*.....Y otro error médico que también lo presencia fue... igual nos dividíamos la hora de estar en críticos , y el momento que a mi compañera, le tocaba ya quedarse frente al paciente se quedó dormida en una de las gradillas y no escucho lo que el ventilador pitaba por lo que el tubo traqueal se había obstruido , entonces igual ella no lo escucho pero como había gente alrededor enseguida se dieron cuenta que el ventilador pitaba y que nadie corregía eso fueron a ver y esta persona estaba dormida, la despertaron y fue cuando le cambiaron el tubo , afortunadamente no pasó nada, pero si de pronto era la única persona que estaba ahí el niño pudo haber fallecido...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*...Un paciente de esmeraldas que lo transfirieron sin ambú, ósea el tubo estaba afuera de la tráquea y el paciente saturaba 20 %...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

### **Análisis:**

Pocos de los testimonios relatados lo hacen desde la primera persona, consideramos que para nuestros entrevistados el conversar desde una segunda o tercera persona resulto más sencillo, ya que el hablar de temas como errores médicos según lo que pudimos observar aun genera recelo y algo de incomodidad; los relatos más comunes narrados se enfocaron en errores evitables como olvido de material corto punzante que puede generar un daño físico u omisión de algún paso importante en un procedimiento, los entrevistados concluyen que esto se puede mejorar siguiendo guías o estandarizando los procesos de tal manera que esto se pueda corregir, otros testimonios recabados hablan de la importancia de la correcta identificación de los pacientes; consideran que es de suma importancia este paso y que no solo se debe identificar correctamente al paciente

sino sus muestras y su entorno, por último el error del que más se comentó es del diagnóstico equivocado en donde este puede llevar a retrasos en la terapéutica ; se puede ver que los médicos son conscientes de que los errores se pueden evitar mejorando la educación , el ambiente laboral y que a veces un pequeño descuido puede cambiar el desenlace de la historia de un paciente, ninguno de los testimonios niega la responsabilidad de los profesionales sanitarios pero tampoco consideran que es el único factor que produce errores, a continuación mostramos una tabla en donde se encuentran los principales testimonios recabados de este capítulo.

Entre los diferentes postgrados no existen diferencias notables en lo que es el reporte de casos de error médico, pues la información es bastante variado en cuanto a los diferentes casos ya sea por omisión en datos del paciente, diagnóstico equivocado o eventos adversos. Esto se debe quizá a que las áreas de trabajo de los postgradistas en su formación son casi similares.

**TABLA N: 4.7 PRINCIPALES TESTIMONIOS SOBRE LOS CASOS DE ERRORES MÉDICOS MÁS COMUNES**

**EVENTO ADVERSO**

*....Entonces ella estaba infiltrando la anestesia y la aguja se rompió dentro del tórax del paciente....*

**FALTA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

*....Bueno he visto que se han rotulado mal las historias clínicas, o al rotular una muestra, se han puesto los datos equivocados de un paciente*

**ERRORES EVITABLES**

*....Tuve la mala suerte de dejar un bisturí cuando se me paso por alto y se quedó pegado en una de las lavacaros de procedimiento...*

**DIAGNOSTICO EQUIVOCADO**

*... hubo un mal diagnostico de un paciente adulto mayor...*  
*...el diagnóstico fue un aneurisma aórtico... ¡fue ruptura de aneurisma aórtico!...*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

### **4.7.1 CASOS FÁRMACOS**

Los errores asociados a la medicación, han sido objetos de interés para muchas organizaciones, es así que el Instituto Americano de Medicina pública en el 2007 una serie de recomendaciones para todos los organismos involucrados en el uso de fármacos, considerando que cada año en los Estados Unidos se presentan 1.5 millones de eventos adversos asociados al uso de estos, adicional concluye que estos eventos pueden ser prevenibles (Aspden P, et al 2007)

#### **Errores en la administración:**

La administración de los fármacos es un proceso multidisciplinario, porque participa el personal médico, enfermería y otros profesionales que son los que dispensan el medicamento y hasta el propio paciente que es quien recibe la medicación, es por eso importante que disminuya el error en todo el proceso de prescripción , dispensación y administración de los fármacos; se considera que cerca del 1,4 al 5,3 % de los pacientes hospitalizados presenta un efecto adverso producto de algún error relacionado con la medicación, esto durante la estancia hospitalaria (Otero MJ, 2006) los principales errores ocurridos fueron: falta de prescripción de un medicamento considerado necesario, dosis incorrectas, medicamento inapropiado, falta de seguimiento al paciente que está recibiendo el fármaco, falta de reporte de efectos adversos, interacciones medicamentosas.

Los tres casos a continuación narrados son acerca de una prescripción incorrecta de fármacos, hacen alusión a la vía de administración y la dosis de administración, es importante ver que en el primer caso la persona que lo narra indica que el hecho de tener una jerarquía más baja (interno rotativo ) hace que su voz o su punto de vista no sea escuchado, y no se hizo seguimiento del caso, en el otro caso se muestra que a pesar de que el error pueda ocurrir , el hecho de estar pendiente puede hacer que se actúe de manera rápida y en el tercero que la experiencia disminuye la producción de errores.

**Dosis incorrecta:** Las tasas de error en la administración y preparación de medicamentos varía entre el 18.2 % al 33.4%, esto sin contar el retraso que tiene la administración de los medicamentos indicados (Lacasa C, 2012)

*Si algunos... sobre todo cuando trabaja en el IESS, un montón, por ejemplo un caso de pregabalina, conocí un médico que daba la pregabalina 300 mg cada 8 horas, entonces yo decía ¡wow!, ósea es como que está loco y venían los pacientes así hecho pedazos a la emergencia.... También por ejemplo en los casos de geba , daban la dicloxacilina cada 12 horas por ejemplo...algo que no me parecía.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años )*

El *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) en un estudio publicado en el año 1996 presenta una lista de medicamentos de alto riesgo cuya mala administración o prescripción puede llevar a consecuencias mortales, entre estos se encuentra la insulina, los opiáceos, la heparina, las sales de potasio entre otros; esta lista de medicamentos es de alto riesgo no porque los errores relacionados a su uso sean más frecuentes, sino que las consecuencias son más graves ( Cohen MR, 1999)

*... Justamente fue en un área de emergencia, fue un interno rotativo, que administró potasio intravenoso, y ocasionó una parada cardiaca.... era en un hospital público hace un par de años atrás, nunca hicieron seguimiento, nunca se comunicó lo que le pasó al paciente realmente, pues yo creo que como interno uno no tiene una voz que sea escuchada, yo creo que lo que ocurrió no fue con ganas de matar a alguien, es algo contradictorio, es algo así como que hizo algo malo, el mató a alguien, pero uno no puede acusar.... pero si es un poco delicada esa situación cuando uno ve que ocurre....*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30años)*

**Velocidad incorrecta:** El paciente debe recibir una medicación adecuada que guarde relación con sus necesidades clínicas, a una dosis y velocidad que responda a la necesidad de cada individuo y que conlleve el menor costo posible para el paciente y para la sociedad. (OMS 1985)

*Por ejemplo, una vez hubo una mala administración de Fentanyl en un paciente para una secuencia rápida de intubación, se le administró una dosis de Fentanyl de una manera muy acelerada; entonces el efecto adverso es la generación de un pulmón leñoso, el paciente no se podía ventilar, no saturaba bien, entonces se determinó en ese momento lo que pasaba, se le administró el antídoto que es la Naloxona; seguramente, yo hubiera hecho lo mismo, ósea si se tiene a la mano el antídoto lo colocó, y trató de resolver en ese momento las complicaciones inmediatas del paciente; pero si amerita un reporte a un médico superior, para que sepan que fue lo que sucedió.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años de edad)*

**Medicamento inadecuado:** En la actualidad la gamma extensa de medicamentos permite que estos se conviertan en una herramienta fundamental para la práctica médica, según la OMS la selección del medicamento debe ser un proceso sistematizado basado en la eficacia, seguridad, accesibilidad y costo sin olvidar que el paciente debe ser individualizado y analizado antes de recibir cualquier tipo de medicamento. (OMS 1994)

En el siguiente caso vemos la importancia que tiene la historia clínica como registro de los datos del paciente como ayuda para individualizar el tratamiento, es un documento legal, pero a la vez un documento de ayuda que tiene el personal de salud

*Un paciente que vino de provincia...entonces este paciente tenía cirrosis y le dieron paracetamol, el cual está contraindicado, no estuve en el caso, pero por lo que se, lo hicieron por desconocimiento del caso entonces por eso es importante investigar bien la historia clínica del paciente y conocer sus antecedentes, no*



*solo aliviar el dolor por lo que venga porque muchas veces tratamos el dolor, pero no sabemos lo que viene atrás.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

### **Errores en la Preparación:**

Se considera que los errores en la preparación representan el 3.1 %, son considerados eventos adversos por medicamentos prevenibles, pueden ocasionarse por la mala dilución del medicamento o fraccionamiento inadecuado, o por contaminaciones que pueden ocurrir al momento de la preparación (Otero MJ, 2006).

**Inadecuada dilución:** La participación del área de enfermería en la generación de prácticas seguras permite mejorar la seguridad de las instituciones, es importante porque la participación de enfermería comprende no solo la realización de procedimientos, manejo de técnicas administración de fármacos sino manejo directo de pacientes (Cometto C, 2011), el adiestramiento en el área de enfermería permite disminuir la frecuencia de aparición de errores, y disminuye la gravedad de los eventos ocurridos.

*El caso que más recuerdo, es justamente cuando un bebe entró en paro, nosotros necesitábamos ya una reanimación con adrenalina , recuerdo que la enfermera como tenía poco tiempo de estar en el servicio de neonatología no diluyó la medicación entonces paso directamente la adrenalina en una dosis extremadamente alta al recién nacido, el médico tratante con el que estábamos se dio cuenta... porque el recién nacido*

*tubo todos los signos de sobredosis por adrenalina ¡ahí! fue cuando le preguntó a la enfermera si lo había diluido; ahí nos respondió que no lo había hecho, por qué le iba a pasar una nueva dosis y ahí es cuando también la pudimos ver.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

**Uso Irracional de Antibióticos:** La prescripción de fármacos debe ser guiada por el razonamiento médico que se da al interrelacionar la sintomatología clínica con el paciente, es un proceso rutinario en la práctica médica diaria sin embargo debe ser individualizado para cada paciente (Lesar TS, 1997).

El uso racional de antibióticos es considerado una práctica segura en relación a la prescripción por tanto es una manera de disminuir errores y el daño a los pacientes; en los países en vías de desarrollo, se considera que el gasto en salud generado por el mal uso de los antibióticos genera un 35% del gasto público, además incrementa la resistencia antibiótica lo que acrecienta el gasto (Mendoza C, et al 2003).

En el siguiente caso se narra un desacuerdo que existió entre la médica postgradista y el médico tratante en donde existe discrepancia en la administración o no de antibióticos.

*...Bueno otro caso fue de un médico que tal vez no estaba tan capacitado para atender una emergencia, y, me dijo que le mande con una medicación porque él creía que era tal enfermedad y yo le dije que ¡no! , que no me parecía y que mejor le demos algo diferente ; entonces me dijo bueno mándale con lo que tú quieras... bueno les cuento el caso , se trata de un paciente que era un adulto mayor , tenía 70 años , con antecedentes de EPOC, hipertensión , y nada más , vino con un dolor opresivo de pecho , ya de una semana de evolución , entonces como inicio con dolor de pecho se le inicio todo lo que es protocolo para dolor torácico , y para*

*descartar algo cardiaco sobre todo, se le hizo un electrocardiograma , una placa de tórax, se le pidió enzimas cardiacas , todo esto fue normal, en la placa se veía únicamente fibrosis, cambios fibróticos a nivel basal, pero era por su EPOC, igual se escuchaba algunos roncus en la base pero era por su problema que ya estaba instaurado y luego por el dolor de pecho de una semana se le solicito que se haga un dímero D, que fue negativo*

*, entonces se descartó que también sea una trombosis a ese nivel , desaturaba un poco llegaba a 80 -82% , no había hecho fiebre , había hecho un poco de tos , yo pensé que era más por la parte neural , pero el doctor indico antibióticos por una neumonía sobre infectada ( expresión de asombro ),entonces yo si le dije que ¡como le voy a dar antibióticos si no creía que era infeccioso!, bueno por eso se cometen errores , si yo le mandaba antibióticos de no ser necesario , puede haber efectos adversos por el medicamento y al ser un adulto mayor pude causar mayores problemas...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

**Reporte de efectos adversos:** Antes de que un paciente inicie cualquier tipo de tratamiento farmacológico es adecuado que se le explique cuál es la necesidad del uso del fármaco, además se debe discutir con el paciente los riesgos y beneficios que tiene el tratamiento; se lo debe hacer de una manera clara; de tal manera que el paciente comprenda claramente la importancia que tiene el medicamento como parte de su tratamiento y los posibles efectos secundarios (Demoly P, 2001).

La comunicación es una de las herramientas más utilizadas para mejorar la cultura de seguridad, por tanto, el hecho de comentar con el paciente sobre los riesgos o beneficios de un tratamiento pueden hacer que el propio paciente sea participe de su tratamiento al conocer claramente los riesgos y beneficios de su tratamiento.

*“Uhmhhh.... si por ejemplo, eh, tuve por ejemplo un paciente que era adulto mayor y que estaba recibiendo hidroclorotiazida; entonces este medicamento indirectamente le estaba provocando; dislipidemia e hiperuricemia asintomática, entonces era un efecto adverso que se estaba provocando en él; le recomendé y conversamos con respecto a este medicamento y optamos por cambiarle ¡aja!.”*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*...Bueno por ejemplo a mi hermano, estaba con una enfermedad diarreica aguda, le habían dado trimetropin sulfa, a pesar de que ya no es lo más adecuado por la parte epidemiológica y él había sido alérgico a este medicamento , previo a esto ya alguna vez había tomado trimetropin y había tenido un poco de rash alérgico , pero el doctor no le había preguntado si era alérgico a algún medicamento , solo le prescribió y luego si tuvo realmente una alergia por este medicamento , y tuvo que estar en tratamiento por esta alergia más de un mes, si hubiera sido yo , me hubiera jalado las orejas (risas) ...yo suelo preguntar como tres veces a los pacientes si en verdad no tienen alergias a algún medicamento ; siempre le digo y no ha salido algún granito, o algo después de tomar medicamentos , le trato de preguntar varias veces , entonces creo que ahí si ya pongo paciente no refiere , y firmo lo que le pregunte , pero si yo le daba el medicamento y el paciente venía con la alergia le hubiera dicho usted me dijo que no era alérgico a ningún medicamento... ahorita toca darle este medicamento para que quite y enviar a hacer pruebas de alergia para determinar a que no mas tiene alergias y evitar otro episodio en el futuro.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

El reporte de efectos adversos producidos por un fármaco siempre es importante en el tema de seguridad pues permite que se lleve un registro detallado y que además se haga un seguimiento para que esto no vuelva a ocurrir, aquí mostramos algunos testimonios relacionados a esto.

*...He reportado un lote de vancomicina que empezó a dar efectos adversos a algunos niños, con el primer niño ya fue reportado, pero con los demás niños que seguían es la obligación de cada uno seguir haciéndolo, además en un determinado hospital siempre los farmacéuticos que son muchos, uno para cada piso, ellos siempre están pendientes siempre preguntándonos, no solo están esperando que reportemos, sino preguntan si hemos observado algún efecto adverso...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*....Es importante cuando cambian de marcas comerciales en los hospitales... por ejemplo el ácido valproico; alguna vez tuve un problemas porque les estaba causando tos a los niños, entonces era porque no utilizaban el “valcote” sino usaron otro, entonces eso se empezó a reportar y reportar... entonces si es importante reportar bueno porque el medicamento que se usa tal vez no es el más adecuado y tiene más efectos adversos, puede ser que sea diferente el efecto por ser genérico.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

### **Análisis:**

Los errores relacionados a la prescripción de fármacos, se narran en este capítulo, los hemos dividido en cinco grupos que han sido los que más se reportaron, aquí se involucra todo lo que tiene que ver con dosis, frecuencia, vías de administración, en uno de los testimonios se evidencia que el hecho de colocar un medicamento en una dosis superior a la indicada y por una vía que no es la correcta causó la muerte del paciente, lo que hace cuestionar a la persona que nos da su testimonio sobre la responsabilidad médica que existe al momento de manejar pacientes, porque las consecuencias pueden ser mortales; varios testimonios nos indican que el apoyo de enfermeras, farmacéuticos

o compañeros es de suma importancia porque pueden estar pendientes de alguna mala prescripción o de hacer seguimiento al paciente y evitar que se produzca algún efecto adverso. El uso adecuado de la historia clínica, de los consentimientos informados, de las fichas donde se registran las alergias permite que este tipo de errores disminuyan, y cabe recalcar que los médicos entrevistados consideran que la comunicación efectiva es de suma importancia porque si el paciente conoce los efectos adversos o posibles complicaciones relacionadas al uso de fármacos él muestra confianza y una mayor empatía con el médico.

A continuación, se muestra una tabla en donde se narra los principales testimonios recogidos de las entrevistas sobre este tema.

**TABLA: 4.7.1 PRINCIPALES TESTIMONIOS SOBRE LOS CASOS DE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.**

**ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN**

*...Es importante investigar bien la historia clínica del paciente ,no solo aliviar el dolor, porque muchas veces tratamos el dolor, pero no sabemos lo que viene atrás...*

**ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN**

*... Justamente fue en un área de emergencia, fue un interno rotativo, que administró potasio intravenoso, y ocasionó una parada cardíaca....*

**ERRORES EN LA PREPARACIÓN**

*¡ahí! fue cuando le preguntó a la enfermera si lo había diluido; ahí nos respondió que no lo había hecho, por qué le iba a pasar una nueva dosis y ahí es cuando también la pudimos ver.....*

**USO IRRACIONAL DE ANTIBIOTICOS**

*¡como le voy a dar antibióticos si no creía que era infeccioso!...bueno por eso se cometen errores , si yo le mandaba antibióticos de no ser necesario...*

**REPORTE DE EFECTOS ADVERSOS**

*....Entonces si es importante reportar bueno porque el medicamento que se usa talvez no es el más adecuado y tiene más efectos adversos...*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

**TABLA N: 4.7.2 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS SOBRE REPORTES DE CASOS EN RELACION A FARMACOS.**

COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS		
EMERGENCIA	PEDIATRIA	MED. FAMILIAR.
<p>... Justamente fue en un área de emergencia, fue un interno rotativo, que administró potasio intravenoso, y ocasionó una parada cardíaca.... era en un hospital público hace un par de años atrás, nunca hicieron seguimiento, nunca se comunicó lo que le pasó al paciente realmente, pues yo creo que como interno uno no tiene una voz que sea escuchada, yo creo que lo que ocurrió no fue con ganas de matar a alguien, es algo contradictorio, es algo así como que hizo algo malo, el mató a alguien, pero uno no puede acusar...</p> <p>....</p>	<p>... El caso que más recuerdo, es justamente cuando un bebe entró en paro, nosotros necesitábamos ya una reanimación con adrenalina, recuerdo que la enfermera como tenía poco tiempo de estar en el servicio de neonatología no diluyó la medicación entonces paso directamente la adrenalina en una dosis extremadamente alta al recién nacido, el médico tratante con el que estábamos se dio cuenta... porque el recién nacido tubo todos los signos de sobredosis por adrenalina ¡ahí! fue cuando le preguntó a la enfermera si lo había diluido; ahí nos respondió que no lo había hecho, por qué le iba a pasar una nueva dosis y ahí es cuando también la pudimos ve...</p>	<p>... Un paciente que vino de provincia...entonces este paciente tenía cirrosis y le dieron paracetamol, el cual está contraindicado, no estuve en el caso, pero por lo que se, lo hicieron por desconocimiento del caso entonces por eso es importante investigar bien la historia clínica del paciente y conocer sus antecedentes, no solo aliviar el dolor por lo que venga porque muchas veces tratamos el dolor, pero no sabemos lo que viene atrás...</p>
Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes		

En cuanto a casos sobre errores en fármacos, vemos que los postgradistas de emergencia y pediatría reportan más con medicamentos usados en áreas críticas, además de eventos que se relacionan más con su lugar de labores. Los médicos del postgrado de medicina familiar, sus reportes y casos son un tanto variados esto debe a que su área de trabajo es un poco más variada.



## **4.8 PRÁCTICAS**

La cultura de seguridad del paciente promueve las prácticas seguras, las cuales son consideradas una garantía que deben tener los pacientes cuando interactúan con los servicios de salud.

Entre las causas que interfieren en la generación de estas prácticas, podemos nombrar factores como fallas en la comunicación, entrenamiento insuficiente del personal de salud, deficiencias en las organizaciones de salud, autoridades médicas no proactivas, además el ambiente de trabajo, la falta de actualización continua por parte del personal médico y por último un sistema de salud que no promueva la comunicación abierta y el diálogo (Betancourt J, et al 2011).

A continuación, veremos los testimonios en relación a las prácticas que mejoran la cultura de seguridad.

### **Reporte:**

El reporte del efecto adverso permite sociabilizar la información, y de esta manera lograr que todos conozcan el suceso ocurrido, y así generar un comportamiento en donde se promueva esta práctica, sin embargo el implementar un sistema de reporte no es suficiente como para mejorar el problema; según el autor (Helmreich 2005), el éxito del sistema de reporte depende de las actitudes y percepciones de los profesionales sanitarios.

*... Mi actitud en este momento, ya es el reporte del efecto adverso, mediante las hojas que se implementan en las instituciones, además tomar las medidas respectivas para ver la situación en la que se encuentra el paciente para poderle ayudar ; antes por desconocimiento realmente solo le veía al paciente pero el reporte era solo en la historia clínica , no con los formatos adecuados y tampoco tenía el conocimiento de cómo se hace el reporte de manera adecuada en la historia clínica...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

*... Si he hecho reporte...de una medicación que dio un rash alérgico en niños...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

Las causas por las que no se maneja el sistema de reporte son variadas según (Vincent C 1999) a pesar de que el personal médico o de enfermería conocen en un 93% la existencia de este sistema, solamente la cuarta parte del personal lo hace, las principales causas que el encontró fueron: por ser considerada una conducta innecesaria por parte del personal, por aumento de la carga laboral, por miedo al castigo, olvido y por temor en la parte legal.

*Los consentimientos informados son una forma en donde se les explica los efectos que pueden ocurrir al colocar la medicación, por ejemplo, al administrar la penicilina pueden desarrollar una alergia y el paciente dice “a ya ya” y si le da una alergia se le puede tratar, el paciente entiende; pero si nosotros no tenemos esa cultura, le provoco la alergia y el paciente me va a demandar, y muchas veces ese es el temor, por eso no se reporta...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años)*

El sistema de reporte sigue una serie de pasos cada uno de estos trata un objetivo específico, los cuales guardan relación directamente con la Institución de salud ; la cual es la encargada de promocionar y dar a conocer cómo funciona este sistema; es así que puede ser diferente la manera de sociabilizar esta conducta en las instituciones públicas o en las privadas, se puede optar por normatizar , frente a lo cual todo el personal sanitario debería conocer del tema y el otro es la falta de divulgación lo cual generaría desinterés y desconocimiento.

*...Ósea normalmente en el hospital Metropolitano cuando uno hace la rotación una de las normas de seguridad que se aplican aquí es reportar los efectos adversos que genera la medicación en los pacientes....*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

*...No creo que se reporte efectos adversos de las medicaciones, en las instituciones públicas puede ocurrir efectos adversos que nunca se dicen o se escriben en la historia clínica, pero no hay una persona específica que audite cada historia clínica.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

Las reglas de este sistema deben ser conocidas por el personal de salud, para que de tal manera se tenga claro el cómo, cuándo, dónde y para que se van a utilizar los reportes; además el tener esquematizado este proceso permite que este conocimiento sea replicado y que cada vez se conozca más de este tema.

*Ósea... lo correcto sería reportar esos errores o fallas que se cometen en el servicio para mejorar el conocimiento de uno y para que los jefes puedan también conocer de esto y para que en un futuro no volvamos a cometerlos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

*Así como algo formal que se reporte no, pero si se lo hace, por ejemplo en las clásicas quemaduras por gluconato de calcio, se lo hace pero de una manera extraoficial creo yo...no he visto que hagan un seguimiento público, para que se socialice, se aprenda del error, o lo que se puede hacer o lo*

*que se ha hecho es presentación de caso clínico para que no vuelva a suceder, pero no como identificar el caso específico y decirle al*

*paciente sabe que esto es lo que ha pasado y estamos en un seguimiento , no lo he visto...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

Todos los integrantes del servicio de salud deben saber el funcionamiento del sistema de reporte, de esta manera se genera un comportamiento responsable en relación a esta temática y se puede lograr llevar un registro de los eventos que se suscitan.

*...Existe el comité de farmacia o bioquímica que existen en cada hospital, siempre es bueno reportar los efectos adversos ya que no siempre es por el mal uso de los fármacos sino también porque cierta medicación no está regularizada o tiene ya algún defecto en su fabricación...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

### **Experticia:**

Dentro de las prácticas de seguridad para el paciente, al hablar de experticia se indica todas las cualidades que un profesional posee, basados en su conocimiento y práctica, lo que le proporciona una habilidad para resolver de manera asertiva y ágil alguna situación en particular, esto proporciona al profesional la capacidad de desarrollar con menor riesgo de cometer errores algún procedimiento; la experticia se encuentra determinada por la adquisición de conocimientos sumado a la práctica; es por tanto importante la preparación continua.

*Lo que pasa es que nosotros tenemos que hacer una diferenciación entre lo ideal y lo real , realmente lo que vivimos en los hospitales es lo real, en donde hay falta de insumos, falta de profesionales , falta de especialistas , falta de experticia , falta de muchas cosa , en fin; eso es a lo que voy , el desconocimiento no es una irresponsabilidad porque yo no puedo decir frente a un juez; si yo me metí a poner una vía central; sin tener experiencia en colocación de vías centrales ,*

*porque eso no me va a exonerar de la culpa; entonces lo que yo tengo entendido dentro del concepto , no dentro de lo que practicamos nosotros, porque lo que yo tengo entendido como el margen de error es realizar procedimientos que no van dentro de mis competencias*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia e 33 años)*

*...Si te dicen que pongas una vía central a un paciente y tú nunca has puesto una vía central, y si ni siquiera conoces la técnica y aun así te atreves a poner una vía central eso es actuar mal frente al paciente, en nuestro caso no podemos decir que el desconocer es una opción , nosotros debemos aprender los procedimientos que vamos a hacer y debemos practicarlos y aun así dentro de esa experticia y conocimiento ocurren errores; pero esos no son por mala intención , no puedes prever que puedan ocurrir...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años)*

La formación médica desde el pregrado permite que los estudiantes acumulen contenidos de información de acuerdo a los conocimientos que van adquiriendo, además se suma a aptitudes que deben poseer para la práctica médica, estos conocimientos son generales y no dependerán de la orientación profesional posterior , de igual forma la formación médica debe asegurar que los estudiantes no solo adquieran el conocimiento necesario sino también que puedan tener una práctica adecuada para que sumado los dos adquieran la experticia correspondiente.

*Creo que, en mi época asistencial, también en el hospital de Solca, también nos informaban bastante más de bioseguridad, igual nos comentaban todo el tiempo sobre el uso de todas las normas de asepsia y antisepsia, el lavado de manos, que el limpiar bien el*

*fonendoscopio, que llevar cerrado el mandil, la correcta colocación del mandil y todo, en esa parte sí, pero nada más en pregrado no era tanto, generalmente en el pregrado no te dejaban entrar en los lugares que estaban contaminados y ..... nada más, nos decían lávense las manos, pero nada más, podría decir que se aprende más en la práctica, conforme uno va creciendo en años, en experiencia.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

### **Normas:**

La implementación de prácticas seguras asociadas al cuidado del paciente, permite el control y reducción de las infecciones, lo que es considerada una práctica segura, los factores institucionales influyen mucho en esta situación; ya que la promoción permite la sociabilización de la información, el movimiento global para mejorar la seguridad del paciente detallado por la Organización Mundial de la salud 2005, muestra que medidas sencillas como la higiene de manos, uso de material desechable, eliminación adecuada de material corto punzante, disminuye drásticamente las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

*...Mejora la seguridad, el uso apropiado de los procedimientos médicos, con la técnica apropiada, el uso de los basureros para los objetos corto punzantes, el uso de reportes de efectos adversos de las medicaciones o de los procedimientos y tener el conocimiento del tema...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

La Jornada mundial por la Higiene de Manos que se celebra el 5 de Mayo de cada año, tiene como objetivo crear conciencia en los profesionales de salud sobre esta práctica, la cual debe realizarse de la manera apropiada, siguiendo los 5 momentos recomendados

por la Organización Mundial de la Salud con el propósito de disminuir la propagación de infecciones.

*Uhmhhh... Pienso que la simple técnica del lavado de manos disminuye bastante las infecciones; eso sería de promocionar más, Uhm .. Creo que lo demás estaría más difícil de cumplir*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

Una causa importante para la generación de errores en la práctica clínica es la identificación inadecuada de los pacientes, esta puede asociarse a administración inadecuada de medicamentos, intervenciones quirúrgicas erróneas, pruebas diagnósticas cambiadas, por lo tanto, es importante partir desde la adecuada identificación de los pacientes, estableciendo una normativa en cada institución que regule este proceso (Cleopas A, et al 2004), para una correcta identificación de los pacientes es aconsejable el utilizar mínimo dos identificaciones que contengan nombres y Apellidos , no es aconsejable el utilizar número de cama o habitación , además se debe verificar la identidad del paciente siempre antes de realizar cualquier procedimiento.

*Existen ciertos protocolos internacionalizados para la aplicación de la seguridad del paciente y entre ellos todo está ya establecido la primera norma de seguridad es la identificación del paciente , cada paciente debe tener el nombre y cada vez que nosotros hagamos un procedimiento o algo debemos revisar que se trata de nuestro paciente, muchos de los hospitales han empleado esquemas como la implementación de manillas por ejemplo, de sticker, en fin , es decir normas para tener claro la identificación del paciente,*

*como segundo punto esta las normas en los protocolos , la adecuada toma de muestras, la seguridad en el lavado de manos , implementación de protocolos para caídas de los pacientes, la pausa quirúrgica es una de las cosas importantes además la normativa de seguridad del paciente establece que en cualquier momento determinado de la cirugía podemos nosotros establecer una pausa*

*para determinar si los equipos de cirugía están bien establecidos, además también es esto de seguridad está la adecuada toma de muestras, como la correcta toma de hemocultivos, todos estos parámetros permiten una buen desarrollo de la seguridad en el paciente....*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años)*

Muchos de nuestros testimonios identifican a la implementación de protocolos como el inicio de la práctica adecuada de la cultura de seguridad, pero no solo que se implemente este protocolo, sino que se refuerce con la educación continua y la sociabilización del tema.

*Primero protocolos... construir protocolos de bioseguridad, posterior la información hacia los miembros de la entidad, pueden ser congresos, en fin, bueno más que nada la práctica diaria, en si reforzar cada día en todos los miembros de la institución las prácticas de seguridad.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Ya he llevado bastante tiempo en este tipo de profesión... aunque no tengo así alguna medida extrema de protección, pero uno si toma precauciones como por ejemplo sabe cuándo hay fluidos, uno sabe que tiene que cuidarse en la forma personal... hablando personalmente; igual con los uniformes, hay diferentes formas de separarlos en la casa para evitar contagios a los familiares de uno.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

De igual forma indican que a pesar de conocer el uso de las normas, muchas veces no se hace uso de estas en la práctica diaria, y esto depende



de factores como la incomodidad del uso de medidas de protección, el trabajo demandante o la sobrecarga de pacientes.

*Uhhh.... por ejemplo, cuando nosotros necesitamos sacar muestras.....una gasometría, para mejor palpación del pulso arterial se pude decir.... es más difícil utilizar las medidas de protección como guantes, entonces no se utiliza.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*... A veces por el apuro o por la cantidad de pacientes que se manejan en los servicios de emergencia no siempre o a cada rato se está con una limpieza de las manos.... y muchas veces por la cantidad de pacientes también hay hacinamientos y no se los puede aislar a los pacientes cuando tienen enfermedades que se puedan contagiar...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

### **Factores Institucionales:**

La seguridad del paciente puede ser considerada también una dimensión de calidad en la atención clínica, por tanto, las fallas en este sistema no solo ocasionan lesiones a los usuarios, sino que también aumentan los costos sanitarios, estas fallas no solo dependen del personal, sino también del ambiente laboral, porque la seguridad del paciente depende del conjunto de mejoras que ocurran tanto en la parte individual como organizacional.

*...Existen también factores institucionales como por ejemplo no promover afiches con información para el paciente, como por ejemplo información sobre el riesgo de caídas y uno como parte de la institución debe determinar cuáles son los pacientes más propensos a estos riesgos, incluso en la historia clínica existe un*

*acápíte en donde se puede escribir si el paciente tiene o no riesgo de caídas y obviamente esto nos permitirá tener más cuidado con ellos...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*A más de esto mmm, sería el contar con personas que sepan guías, cuando por ejemplo rotas en algún hospital nuevo, a veces queremos hacer algún procedimiento y ni siquiera sabemos en dónde está el tacho de corto punzantes, es más a veces ni lo tienen (risas), entonces la educación desde los mismos hospitales.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

### **Comunicación efectiva con el personal sanitario:**

Dentro de la guía creada por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del Reino Unido de Enero del 2006, dentro de los siete pasos descritos para construir una cultura de seguridad está el tener conciencia de que las cosas pueden salir mal y en base a esto aprender las lecciones para prevenir su recurrencia, el testimonio a continuación muestra algo enfocado a esto.

*...Ósea, creo que, si me siento un poco más segura de hacer ciertas cosas, como algunas prescripciones, algunos procedimientos, pero hay cosas que aún me siento muy insegura y con pocos conocimientos, entonces cuando me siento insegura prefiero preguntar, decir no puedo o no le he hecho, pero sí creo que cada año que uno va ejerciendo la profesión va adquiriendo mayor experiencia mayores conocimientos y se puede mejorar para que nuestras actitudes también sean mejores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

En la guía antes descrita también se comenta que el hecho de fomentar una cultura de seguridad abierta permite que el personal sanitario hable con sus colegas y supervisores acerca de los eventos adversos, de esta manera se disminuye el impacto ocasionado al paciente porque se fomenta una cultura de prevención y comunicación.

*...En este momento nosotros no somos responsables directos del cuidado del paciente... estamos a cargo de un médico tratante, lo que hago es comunicarle a él sobre lo ocurrido, decirle a ver porque esto o porque aquello; es decir tratar de discutir desde mi punto de vista; a veces si nos hacen caso y dicen revisemos, pero otras veces no; creen que eso está bien y lo hacen porque la experiencia de ellos esta sobre el resto...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de 34 años, de Medicina Familiar.)*

*...Recuerdo una vez que trabajaba en la emergencia y fui donde el jefe a decirle que yo no estaba de acuerdo con una medicación que le estaban prescribiendo a una paciente pregabalina de 300 mg y estaba hecha pedazos, entonces fui a quejarme así directamente porque creo que estaba en riesgo la vida de la paciente...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*...Primero, sería comunicar a mi superior y dependiendo del daño se seguiría comunicando jerárquicamente a quienes corresponda, hay que emitir también un documento para que estos errores médicos sean reportados y revisados, preferiblemente dar información a los papas y las posibles causas por las que se dio y si hay como solucionarlo si es posible...*

(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)

**Comunicación efectiva con el paciente:**

El hacer partícipe a los pacientes en el tema de la seguridad permite que estos interactúen con el sistema al identificar riesgos existentes de manera precoz y al detectar algún problema de manera inicial lo que permite que estos se conviertan en participantes activos para la generación de ideas.

*...Se debería comunicar primero a la familia, es decir explicarle que paso cuando fue la complicación que sucedió y que es lo que se podría hacer, también para que la familia esté al tanto y no tenga juicios erróneos. Además, debería estar esto protocolizado porque puede haber cosas que siempre causen daño...*

(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)

El personal médico debe informar a los pacientes y sus familiares cualquier error diagnóstico, daño que se haya ocasionado por la atención prestada o por algún

procedimiento realizado, esto responde al principio de autonomía del enfermo el cual tiene derecho a conocer sobre su enfermedad y si existe algún tipo de error es necesario también que lo conozca , además esta práctica es considerada una responsabilidad profesional y una obligación que tiene el personal médico con la institución de salud (Vincent C 1999)

*Hablar con los familiares o con sus mamitas para informarles acerca de los medicamentos o procedimientos que se va hacer en el niño en este caso...*

(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Pediatría de 33 años)

Se debería procurar una comunicación efectiva que permita al médico hacer partícipe al paciente de su problema y de la misma forma lograr que este entienda claramente los

procedimientos que se están realizando, como se expuso anteriormente esto debe estar normatizado en cada institución para que sea un procedimiento estandarizado y regularizado.

*...No he visto algo sistematizado cuando ocurre un daño a un paciente, si creo que se debería estandarizar pero hay que ver como lo toma el paciente, porque nadie lo hace con la intención de hacer daño, pero como lo toma el paciente es distinto; creo que hay que decirle al paciente de una manera que entienda que fue un error; nunca he visto que se haya sistematizado un proceso para decirle al paciente que hubo un error o alguna otra cosa, tampoco he visto otro sistema de reporte ni de caídas, de administración de medicamento.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*...Todo hospital cuenta con su médico laboral, por ejemplo, si nosotros tenemos un accidente laboral por el pinchazo de una aguja podemos acudir allá, o cuando exista algún tipo de cosas como un accidente laboral para nosotros existe medicina ocupacional; para los pacientes en si... cuando cometemos algo pienso que se soluciona si hay alguna consecuencia de esto, pero en los mismos servicios...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años).*

*No sé a quién toca acudir... creo que se debe apoyar en el tratante mayor , en el que esté a cargo del servicio , y decirle esto ha pasado el paciente esta así, creo que si se debe poner algo como una nota,*

*creo que si es un problema recurrente si se debe reportar , así como se manda memos o cosas así , primero son tres llamados verbales y luego algo escrito , creo que debería ser igual , y si ya es muy recurrente se debería hacer escrito ; al paciente no le comentaría , porque creo que cambiaría mucho más la imagen que tiene el paciente sobre el médico , mas ahora con todo lo que está pasando , nos ponen como que somos los actores , encubridores, coautores de cualquier problema que ellos tienen , ahora son más exigentes que antes, creo que están en su derecho a exigir, ahora son un poco groseros y eso no está bien, pero podría haber muchas demandas que nos pueden hacer mucho daño, por cualquier cosita ya nos quieren demandar , creo que si causamos un daño muy grave si tiene que saber el paciente , pero si no tratar de solucionarlo , de ver la forma de cómo ayudarlo.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

**Formación profesional:** La formación profesional es una de las herramientas para lograr crear competencias médicas; a través de la actualización de los conocimientos, adquisición de destrezas en procedimientos mediante la capacitación y práctica, desarrollo de razonamiento clínica, manejo adecuado de la medicina basada en la evidencia (Khon LT, 2000).

Dentro de los errores que el profesional de salud puede cometer por falta de una adecuada actualización de sus conocimientos están: El actuar sin saber, actuar sin estar autorizado, hacer lo que no se sabe, no hacer lo que se sabe; los errores causados por la ignorancia médica no son justificados en el ámbito legal (Cleopas A, et al 2004).

*....Bueno algo que a mí me preocupa es que a los internos y externos ahora no llegan a poner una sonda , ahora llegan a poner una sonda en su internado , llegan a hacer una curación o una*

sutura de herida en su internado o ya acabando , tenía un interno que él ya estaba a punto de acabar su internado y nunca había puesto un sonda , entonces como va a ser que ya sale de médico y no sabe hacer muchos procedimientos que son básicos y comunes , y creo que ahí podrías hacer una iatrogenia al no saber esto y las nuevas leyes es como que limitan mucho a las nuevas generaciones que se encuentran en formación , porque ya no puedes hacer todo lo que antes se hacía , entonces ahora es por el miedo a que tal vez te demanden que ya no lo hacen , y como a veces tampoco hay mucho tiempo , tampoco se les enseña cómo debe hacer para que luego lo hagan , entonces yo creo que a veces si debería ser por parte de los médicos mayores haber no has hecho esto , yo te enseño , vas a leer y la próxima tú haces y bajo supervisión la próxima vez que lo haga y así unas dos o tres veces bajo supervisión , entonces ya sabemos que está capacitado y que ya puede seguirlo realizando , eso me parece importante, pero si afecta nuestra práctica , porque si no saben hacer ya siendo médicos van a tener muchos problemas , igual nosotros porque nos pueden demandar ya por cualquier cosa a veces también no es que nosotros queramos tratarlo de una mala manera , nadie de nosotros quiere hacer daño a nuestros pacientes sino tratar de mejorar su calidad de vida , tratar de mejorar sus expectativas y todo y nadie está queriendo matar a nadie y la ley si nos dice un poco como que somos culpables por poco de todo que sino no somos autores , coautores por lo menos si fuimos cómplices de algún acto o procedimiento , entonces como que ya todos se están resguardando antes de hacer algo , o se les hace firmar a los pacientes mil consentimientos informados y a veces ese papel también quita mucho tiempo.

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

**Asumir Responsabilidades:** El ejercicio de la medicina conlleva un riesgo inherente por la complejidad del acto médico; pero es indispensable que se asuma una práctica de mejora continua de comunicación de los eventos adversos, asumir las consecuencias de los actos realizados, es decir tener una práctica profesional que prevenga la ocurrencia de errores.

Existen parámetros que se pueden seguir que ayudan a mejorar esta práctica diaria como el estandarizar procesos mediante el uso de guías clínicas, aplicar la medicina basada en la evidencia y mejorar las competencias profesionales (Barrows H 1993).

*...Corregirlo para la próxima porque ya nada....*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Tratar de corregir el error en la medida que sea posible, es decir tratar de buscar la medida para revertir el error, además sería bueno informar al paciente o a sus representantes en este caso de lo que sucedió, pero lo más importante es buscar formas de prevenir de que no vuelva a suceder este tipo de error.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*Pienso que uno debe ser bastante sincero con uno mismo a más que con el paciente, siempre se debe asumir con responsabilidad las cosas que provocamos y en lo posible tratar de solucionarlo como adultos y como médicos.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

**Análisis:** Las prácticas de la cultura de seguridad son acciones que se realizan por parte de los profesionales de salud y estas pueden mejorar o a su vez afectar esta cultura, de los testimonios recogidos podemos ver que el reporte es una práctica conocida y



ejecutada ; considerándola necesaria para evitar daños al paciente, algunos de los testimonios afirman que el reportar los efectos adversos o los errores ocurridos a alguien superior promueve una práctica segura y con ello se genera cuidado hacia el paciente ; asimismo indican que el mejoramiento continuo el adquirir destrezas y conocimientos disminuye los errores por lo que es indispensable el prepararse, en contraposición con las buenas prácticas la comunicación no efectiva tanto con el resto del personal sanitario como con el paciente ocasionan que el médico tenga miedo, que se genere un clima de desconfianza y por tanto consideran algunos que se debería hablar con el paciente y los familiares; explicarles de una manera que puedan entendernos sin embargo algunos consideran que el temor a lo que pueda hacer el paciente es lo que hace que cuando ocurra un error este se resuelva de manera interna dentro de la propia institución; existe un testimonio en donde se habla de la preocupación que genera la falta de práctica en los Hospitales en la actualidad porque consideran que el aprendizaje no solo debe ser teórico sino que también debe ser la parte práctica para adquirir o mejorar las destrezas, se habla de la importancia de la retroalimentación como parte de este entrenamiento.

**TABLA N 4.8: FACTORES QUE MEJORAN LA PRÁCTICA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

<p><b>REPORTE</b></p> <p><i>...Lo correcto sería reportar esos errores o fallas que se cometen en el servicio...</i></p> <p><i>...Siempre es bueno reportar los efectos adversos..</i></p>	<p><b>EXPERTICIA</b></p> <p><i>...Cada año que uno va ejerciendo la profesión va adquiriendo mayor experiencia ...</i></p>
<p><b>SEGUIMIENTO DE NORMAS</b></p> <p><i>...El uso apropiado de los procedimientos médicos, con la técnica apropiada...</i></p> <p><i>...Uno sabe que tiene que cuidarse en la forma personal...</i></p>	<p><b>COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE</b></p> <p><i>...Decirle al paciente de una manera que entienda...</i></p> <p><i>...Se debería comunicar primero a la familia...</i></p>
<p><b>COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO MÉDICO</b></p> <p><i>...Lo que hago es comunicarle a él sobre lo ocurrido..</i></p> <p><i>...Dependiendo del daño se seguiría comunicando jerárquicamente a quienes corresponda..</i></p>	<p><b>PREPARACIÓN PROFESIONAL</b></p> <p><i>...Entonces como va a ser que ya sale de médico y no sabe hacer muchos procedimientos que son básicos y comunes ...</i></p>
<p><b>ASUMIR RESPONSABILIDADES</b></p> <p><i>...Tratar de corregir el error en la medida que sea posible...</i></p> <p><i>...Lo más importante es buscar formas de prevenir de que no vuelva a suceder este tipo de error...</i></p>	<p><b>SATISFACER LAS DUDAS</b></p> <p><i>..Yo te enseño , vas a leer y la próxima tú haces y bajo supervisión...</i></p>

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

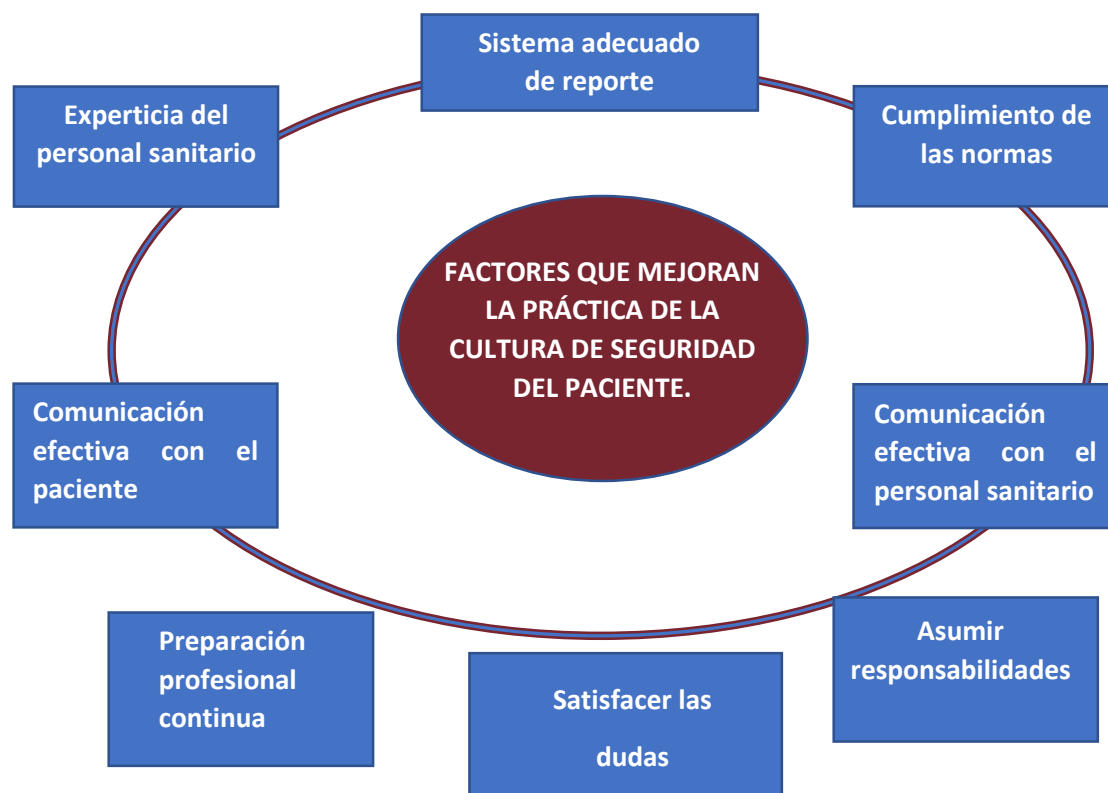
**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica.**

**TABLA N: 4.8.1 DIFERENCIAS ENTRE POSTGRADOS SOBRE PRACTICAS SEGURAS.**

COMENTARIOS REPRESENTATIVOS POR POSTGRADOS		
EMERGENCIA	PEDIATRIA	MED. FAMILIAR.
<i>..Los consentimientos informados son una forma en donde se les explica los efectos que pueden ocurrir al colocar la medicación, por ejemplo, al administrar la penicilina pueden desarrollar una alergia y el paciente dice “a ya ya” y si le da una alergia se le puede tratar, el paciente entiende; pero si nosotros no tenemos esa cultura, le provoco la alergia y el paciente me va a demandar, y muchas veces ese es el temor, por eso no se reporta...</i>	<i>... Se debería comunicar primero a la familia, es decir explicarle que paso cuando fue la complicación que sucedió y que es lo que se podría hacer, también para que la familia esté al tanto y no tenga juicios erróneos. Además, debería estar esto protocolizado porque puede haber cosas que siempre causen daño...</i>	<i>...Existen también factores institucionales como por ejemplo no promover afiches con información para el paciente, como por ejemplo información sobre el riesgo de caídas y uno como parte de la institución debe determinar cuáles son los pacientes más propensos a estos riesgos, incluso en la historia clínica existe un acápite en donde se puede escribir si el paciente tiene o no riesgo de caídas y obviamente esto nos permitirá tener más cuidado con ellos...</i>
Elaborado por: Aucatoma, Gavilanes		

Como se ha mencionado anteriormente la cultura de seguridad promueve prácticas seguras en el medio para favorecer a la seguridad del paciente. Diferentes postgradistas de los diferentes postgrado san dado comentarios muy ricos y amplios sobre aquellas prácticas que mejoran esta cultura de seguridad. En el postgrado de emergencia se habla sobre el consentimiento informado como una de las prácticas seguras, esto porque su postgrado demanda mayor número de procedimientos que en pediatría y emergencia. En los otros dos postgrados se habla como practicas seguras el hecho de la comunicación efectiva, la identificación adecuada de pacientes y la participación de las instituciones en la difusión sobre prácticas seguras.

#### GRAFICO N 4.8: ANÁLISIS SOBRE LOS FACTORES QUE MEJORAN LA PRÁCTICA DE CULTURA DE SEGURIDAD



Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.

Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica

## **TABLA N.4.8.2. FACTORES QUE AFECTAN LA PRÁCTICA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

### **FACTORES INSTITUCIONALES**

*Existen también factores institucionales como por ejemplo no promover afiches con información para el paciente..*

*La educación desde los mismos hospitales...*

### **NO SEGUIR NORMAS**

*Es más difícil utilizar las medidas de protección como guantes, entonces no se utiliza....*

*No siempre o a cada rato se está con una limpieza de las manos...*

### **MIEDO Y DESCONOCIMIENTO**

*...y muchas veces ese es el temor, por eso no se reporta...*

*Antes por desconocimiento realmente solo le veía al paciente pero el reporte era solo en la historia clínica...*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**

**GRAFICO N: 4.8.2 ANÁLISIS SOBRE LOS FACTORES QUE AFECTAN LA PRÁCTICA DE CULTURA DE SEGURIDAD**



**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfica

## **4.9LEGAL**

**Respaldo institucional:** El error médico implica una triada conformada por la ejecución del error, la culpa generada y el castigo; en la generación del error intervienen varios factores algunos dependen de la organización laboral, se puede nombrar varios de estos factores: multiempleo, falta de insumos o elementos de trabajo , escaso tiempo en la consulta, desempeño en soledad , fatiga por jornadas extensas, privación del sueño, depresión, desgaste profesional , presión laboral extrema , falta de apoyo institucional (Sackett DL, 1996); por tanto las instituciones sanitarias juegan un papel fundamental en la generación de políticas para crear cultura de seguridad, el objetivo de la cual debe ser promover la cultura organizacional , la educación del personal sanitario, fomentar la responsabilidad de las acciones y no ser punitiva ( Carvallo A, 2001).

*...El caso del Doctor López; yo pienso que el error fue médico al no tener un apoyo o un respaldo institucional legalizado que le ampare al médico frente a este tipo de situaciones...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

**Sistemas de salud:** El personal médico no es el único causante en la generación de los errores en la medicina; sino que incluye al resto de profesionales sanitarios, trabajadores de la parte administrativa, técnicos, la institución médica y todo el sistema sanitario (Leape, 2004) indica que el sistema de salud y los factores institucionales son un importante factor en la generación de estos superando los errores producidos por negligencia , mala atención médica, falta de conocimiento del personal médico ; por tanto concluye que el error médico es producido por una suma de factores más que solo por la falta de cuidado del médico.

*...Pero el margen de error médico se incrementa por falta de protocolización por falta de culturalización de las personas y más que nada orientados a aspectos legales, que se están aplicando. Aquí en nuestro país yo pienso que los aspectos legales están influenciando en una forma negativa, ya que en los hospitales les han tratado de reforzar esto en el sector privado, pero en la parte pública no, todavía vemos varias deficiencias, en fin.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 32 años)*

*Si... por qué ahora a veces por miedo es más importante el propio bienestar del médico que el del mismo paciente. Entonces a veces de hace muchas cosas adicionales y que no son necesarias solo por cumplir con ciertos parámetros pero que a su vez no son necesarios*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo Focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Yo creo que en ciertas instituciones ya está estandarizado, ya se reporta, pero en las instituciones en donde no se lleva este protocolo de reporte de eventos adversos, muchas veces, no se reporta por simple temor y ahora si tenemos leyes muy sólidas contra el personal de salud, puede el paciente u otra persona acusarnos o demandarnos, no entender*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

**Sistema punitivo frente al error:** Una condición que se ha establecido desde varias décadas frente al error médico es el ocultarlo probablemente por las medidas punitivas que se toman al respecto , el miedo o la crítica generada hacia los profesionales de salud; se ha planteado que para que esta condición disminuya se debe mejorar la cultura sobre este tema basándonos en premisas que promueva un aprendizaje del error ,



desarrollen una actitud crítica de aceptación, eliminar las conductas punitivas y promover la comunicación efectiva del personal médico con el resto del equipo y familiares (Oser BA, 2001).

*...Es como ocurre con los médicos particulares ósea que no trabajan o formar parte del ministerio, cuando les llega un paciente ellos no lo chequean no lo examinan dicen váyanse rapidito al hospital ahí le atienden entonces es por esto, porque si el tuviera la certeza de que no se van a ir contra de el con demandas o algo así el pudiera ayudar de mejor manera pero no lo hacen simplemente por ese miedo , entonces simplemente vaya al hospital que ahí sea como sea es más grande más gente y pueden solucionar...*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*...No hay en el país oportunidades de tener médicos subespecialistas entonces en este hospital había necesidades de contar con médicos cirujanos, traumatólogos o cualquier tipo de especialista en el área pediátrica, entonces mucho de estos tratantes que en la mayoría son de adultos. Por más simple que se trate un caso por ejemplo una fractura no complicada, que necesite inmovilizar y transferir... ninguno quería hacerlo por el temor a realizar algo que pueda tener consecuencias al no tener una subespecialidad de traumatología pediátrica. Esto limita bastante porque estos pueden ayudar y pueden realizar bien los procedimientos, pero por el miedo a sanciones no lo hacen...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*...Yo creo que sí, que el sistema de salud es punitivo y eso causa un stress adicional al momento de administrar medicamento o realizar algún procedimiento y si se comete algún error, hace que el médico no lo diga, porque sabe que, si lo quiere comentar para obtener una retroalimentación o para mejorar, en el área no lo va decir porque tiene miedo de que sea acusado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

**Demandas:** En la actualidad existe un creciente aumento de las demandas hacia los profesionales sanitarios, en Ecuador no existe un dato exacto de cuantos médicos han enfrentado un juicio legal, en Estados Unidos se ha reportado que cerca del 70 % de los cirujanos han sido demandados al menos una vez durante su vida profesional (Sonny-Bal 2009); el cometer errores es inherente del ser humano sin embargo en el profesional médico el error cometido puede provocar daño a la salud por lo que es una desventaja frente a otras profesiones.

*No sé a quién toca acudir, creo que se debe apoyar en el tratante mayor , en el que esté a cargo del servicio , y decirle esto ha pasado el paciente esta así, creo que si se debe poner algo como una nota, creo que si es un problema recurrente si se debe reportar , así como se manda memos o cosas así , primero son tres llamados verbales y luego algo escrito , creo que debería ser igual , y si ya es muy recurrente se debería hacer escrito ; al paciente no le comentaría , porque creo que cambiaría mucho más la imagen que tiene el paciente sobre el médico , mas ahora con todo lo que está pasando , nos ponen como que somos los actores, encubridores, coautores de cualquier problema que ellos tienen , ahora son más exigentes que antes, creo que están en su derecho a exigir, ahora son un poco groseros y eso no está bien, pero podría haber muchas demandas que nos pueden hacer mucho daño, por cualquier cosita ya nos*

*quieren demandar , creo que si causamos un daño muy grave si tiene que saber el paciente , pero si no tratar de solucionarlo , de ver la forma de cómo ayudarle.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 33 años)*

Según (Barrios F, 2004 ) existe varios factores que han contribuido al aumento de demandas por la población entre ellos: aumento de la actividad médica, progreso de la medicina lo que ocasiona que se puedan tratar más enfermedades, aumento de la longevidad con aumento de las comorbilidades, divulgación de los medios de comunicación sobre casos relacionados a errores médicos y por ultimo mayor conciencia de los derechos que le asisten a los pacientes; esta adquisición de conocimientos hace que se rechace el dolor y el sufrimiento y que la curación del paciente sea visto como un derecho pero que no se logró ver las implicaciones humanas , la complejidad del acto médico y al propio médico como ser humano que puede cometer errores.

*Cuando ocurre algo si es preferible manejarlo internamente porque ahora todo es penalizado, pero bueno si debería saberlo el paciente, pero es complicado y delicado.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

*Si, con temor porque así estemos bien, hemos visto casos en que la ley no es justa y ciertos médicos han sido juzgados, entonces por eso tenemos miedo al actuar frente a nuestros pacientes.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*Ósea son efectos adversos que no dependen necesariamente del médico y que se presentan, incluso influye en la perspectiva del paciente y de lo que él piensa entonces prácticamente él puede coger este efecto o situación para perjudicarnos.*

*(Testimonio de una médica Postgradistas del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

Existen propuestas a nivel administrativo e institucional que mejoran la actuación del médico y por tanto disminuye el riesgo de generar demandas una de ellas es el que existan condiciones adecuadas de trabajo, que el profesional sanitario cuente con todos los insumos necesarios, exámenes, tratamientos y ayudas diagnósticas para otorgar un adecuado servicio a los pacientes.

*Pues si es lo que se dice el que hace la ley son personas que solo entienden de juzgar y no buscan el fondo, esto ocurre en muchas instituciones públicas en donde el recurso humano falta, a veces ni hay el recurso humano, además el trabajo es extenuante y agotador y aparte de eso no hay el recurso humano; por ejemplo, llega una fractura no hay yesos, no hay guante, llega un herido y no hay suturas entonces es aparte de la ley también el tener presente esta situación.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

Al contrario de la medicina defensiva , existe la medicina asertiva ( Tena C, 2007) la cual propone acciones para mejorar la práctica profesional en donde se cita: la educación médica continua que permita al profesional tener los conocimientos adecuados para enfrentarse a los retos médicos, el respeto no solo de los derechos de los pacientes sino también el derecho del ejercicio profesional, la protección hacia el paciente y sus derechos y por último mejorar la relación médico paciente usando las herramientas de la comunicación.

*...Asimismo hay factores que dependen del profesional como no explicarle, no tener comunicación, además por todas las leyes de ahora existe consentimientos informados y el paciente firma entonces queda constancia que se ha comunicado con el paciente se le ha explicado.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

**Medicina defensiva:** El aumento del número de demandas ha hecho que el personal sanitario practique la llamada medicina defensiva, que se entendería como la falta de toma de decisiones por miedo a las demandas o juicios que pueden acarrear las decisiones tomadas, además este tipo de prácticas han aumentado los exámenes diagnósticos para agotar cualquier posibilidad que se pudiera escapar para el diagnóstico (Tena C, 2007).

*...Este sistema actual de salud te obliga a ejercer una medicina defensiva, entonces qué seguridad puede haber para el paciente, si tú para no jalarte en el diagnóstico y estar seguro le pides exceso de exámenes, que le exponen al paciente a peligros innecesarios, es decir no ejerces una prevención cuaternaria.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

*...Ahora la práctica médica diaria, es solamente como a la defensiva, es como maquillar la situación para que no haya penalizaciones, de que hay me equivoque, o administre una dosis mal, entonces se maquilla las cosas, pero eso no es lo correcto, más bien debería uno estar consciente de lo que hace para evitar....*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 29 años)*

(Studdert et al, 2005) considera que existen dos tipos de medicina defensiva , la positiva y la negativa, la positiva puede entenderse como la medicina en la que se adopta un exceso de medidas de seguridad: exceso de exámenes, interconsultas , referencias, tecnología , o muchas veces el deshacerse de pacientes muy complejos o complicados con muchas comorbilidades o enfermedades de alto riesgo; y la negativa en donde el médico se desentiende completamente del paciente de alto riesgo , se niega a atenderlo para evitar situaciones de litigios.

*...Bueno si, yo he visto que muchos especialistas desde que está vigente este nuevo código de salud si mandan exámenes que tal vez no ameritan tanto, pero para resguardarse en el caso de que hubiera demandas, ellos optan o prefieren hacer este tipo de acciones, aunque muchas veces repito no es necesario...*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*Yo he visto que en la parte clínica aparte de tener ya la seguridad se ve corroborada con exámenes innecesarios y aparte también he visto sobre medicaciones en patologías que no se deben utilizar ciertos medicamentos, esto tal vez por la duda de que el paciente mejore o no mejore al salir de la consulta o del hospital.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*...Esto es lo que se llama ahora el hoy por hoy la medicina defensiva, entonces estamos a la defensiva todos los médicos para evitar leyes que hoy por hoy están muy estrictas y nos afectan...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*Sí, siempre es a la defensiva entonces es el mismo hecho de que cada paciente es un mundo diferente y tenemos que estar siempre alerta de lo que pueda pasar, incluso de los familiares que a veces influyen demasiado, entonces a uno le lleva a las prescripciones inadecuadas o sobre exceso, ósea siempre estamos a la defensiva.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

La medicina defensiva no mejora el ambiente de seguridad para el paciente, al contrario, crea un clima de mayor inseguridad para él, debido a que la intranquilidad con la que el médico atiende genera situaciones de stress, de inconformidad llegando a confundir con falta de conocimientos por lo tanto este tipo de medicina aumenta el número de demandas (Tena C, 2007).

*Siempre andamos a la defensiva, siempre queremos hacer el bien, pero a veces es involuntaria cualquiera falla...*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 30 años)*

*Hoy por hoy pienso que no podemos practicar una medicina tranquila, es una medicina defensiva, en parte está bien, pero en parte creo que se ha tergiversado las cosas, eh hh.....*

*estamos expuestos a muchas cosas, no se respetan tampoco nuestros derechos....entonces si se ha convertido en algo ... como una especie de carga, por lo que deberíamos modificar algunas cosas ,bueno , yo personalmente hoy por hoy no cuento con un seguro de responsabilidad civil, pero sí creo que en el futuro, si pensaría en tenerlo .*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Sanciones:** Tradicionalmente el ejercicio de la medicina se fundamenta en principios deontológicos, además la relación médico-paciente ha sido considerada la base para entablar el inicio de la atención médica, con el advenimiento de la medicina defensiva, las demandas y litigios por parte de los pacientes , se ha formado un clima de desconfianza de parte del paciente al momento de que no se cumplan sus expectativas en relación al tratamiento instaurado , lo que ha generado además intranquilidad frente a

las sanciones que se pueden recibir y la afectación de todo esto en la credibilidad del médico en su práctica diaria.

*...En diversos lugares si hay el seguimiento, si hay incluso la sanción si esta amerita incluso de tipo verbal o escrita y he visto juicios de carácter legal de los pacientes hacia el personal de salud, no todos bien infundados porque hay que saber también que no toda denuncia en contra del médico es por este; en otros lugares he visto que si no paso a mayores o no existió mayores complicaciones se queda solo en el personal de salud que estuvo ese día de turno no necesariamente de la unidad...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*...Creo que debería haber una.....!no estoy muy empapado en el tema! ; pero si debería haber una retroalimentación cuando algo ocurre, antes que una sanción, pero como te digo siempre, se debe investigar el caso y de ahí se deben tomar las medidas que son necesarias, la verdad no he visto a nadie que haga retroalimentación; la verdad no; estamos en una cultura más de sanción directamente, antes de que se investigue algunas cosas.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Códigos y Leyes:** El error médico puede ser considerado como una negligencia una impericia, una imprudencia una omisión, estos son considerados erros evitables y son llevados frente a las leyes como mala práctica médica; que en el Ecuador es tratado en la penalización de la mala práctica profesional en el artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal.



*Lo que pasa es que eso está conceptualizado, el margen de error médico esta conceptualizado y dentro de eso está que el desconocer no exime de responsabilidades frente a la actuación médica, todo eso está dentro del código penal.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 30 años)*

*...Ósea al parecer las instituciones tienen un poco más de cuidado, se cuidan un poco más en la parte legal, el médico se ha vuelto más cuidadoso, más responsable con lo que administra o hace a un paciente, y cada cosa lleva a una consecuencia que es analizada por este nuevo código, hay personas que no merecen ser denunciadas o acusadas, porque nadie hace las cosas con la intención de matar, pero si afecta hace que el médico sea más condenado por la ciudadanía principalmente.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Emergencia de 28 años)*

Sin embargo, a sabiendas que el error médico es multicausal, no se lo puede enmarcar únicamente dentro de la postura profesional, sino que se debe analizar todo el contexto partiendo desde la organización de salud, la institución y las otras variables externas que pueden influenciar en la generación del error médico.

*...Como dicen la ley las hacen personas que no conocen la realidad y lamentablemente en nuestro país se ve esta realidad y lo que hacen las leyes sobre todo cuando no son médicos o personal de salud es personal administrativo , lo mismo con la leyes de la educación son personal administrativo ni siquiera son docentes y eso pues no se adapta a una realidad y eso nos complica , al perjudicarnos nos vamos con temor siempre a realizar cualquier procedimiento desde una inyección hasta un procedimiento más avanzado, nos vemos con temores de recibir demandas , a veces la gente en nuestro país no*

*entiende que somos personas que podemos cometer errores muchas veces sin querer y aparecen los eventos adversos que se los puede corregir , pero detrás de este evento adverso uno tiene el temor que le llegue una demanda y a la final uno se siente desprotegido porque las leyes no nos van a amparar las leyes nos van a hundir...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

*Actualmente, nuestras leyes están viendo bastante solo la conveniencia del paciente pero poco la seguridad del médico, independientemente de sus conocimientos sino ante sí tienen a nivel institucional insumos, carga horaria, alimentación, inclusive si puede o no realizar sus necesidades básicas, es decir se está limitando a los médicos y cuando uno está solo si no hay acceso adecuado a internet ahora ya nuestra profesión ya nos demanda por los cambios que se hacen en el conocimiento médico.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

*...No me siento segura, porque ahora parece que todas las leyes están en contra del médico entonces en lugar de querer ayudarnos parece que nos están haciendo daño y aparte de todo como por ejemplo las cargas horarias que tiene el Postgradista en este caso, uno también es humano y se cansa y está más expuesto a cometer errores que a veces no depende de uno, sino que estamos cansados y obviamente uno no se siente seguro....*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 33 años)*

En las sociedades globalizadas el tema de los litigios y demandas ha generado un incremento de los costos por estos procesos, el paciente al tener mayor acceso a la información exige la realización de los últimos exámenes, el uso de la mejor tecnología y si no se cumplen las exigencias se genera una denuncia (Summerton N, 1995); con la generación de nuevos códigos sobre el ejercicio profesional, el médico analiza la situación y si esta implica mucho riesgo se detiene de realizar su práctica por el temor a las demandas.

*...Pienso que definitivamente esto ha influenciado totalmente desde que se está haciéndolo practico, porque antes había la oportunidad de realizar más procedimientos muchas veces sin la ayuda de un tratante que obviamente está mal , porque uno debe tener la guía para poder realizarlo y en cambio ahora muchas veces no se lo realiza por miedo a que haya alguna consecuencia adversa y que haya una denuncia legal, entonces definitivamente tiene que ver mucho la aplicación de este código que al menos desde mi forma de pensar nos ayuda en algunas cosas pero nos juzga muchas veces sin razón en la mayor parte...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 33 años)*

*...Claro que sí, influencia tanto en forma positiva como negativa, positiva ya que nos ha llevado a formarnos con más conciencia y estar siempre pendiente de nuestros pacientes y en forma negativa ya que hay cierto acápite que no se relacionan con la actividad diaria de un médico es decir su día a día, sería bueno que esto se entable con personas con una amplia experiencia en casos médicos legales...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Pediatría de 30 años)*

*...Creo que el manejo de los errores que ocurren, eso depende del área administrativa del Hospital, que también se encuentra muy vulnerable por todas las leyes y como se ha manejado el tema de la mala práctica médica en el país, el poco entendimiento que tienen los pacientes frente a los errores que se pueden cometer...*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 30 años)*

*...En ocasiones no, porque si me he topado con situaciones en que por ejemplo, firman o gravan la actividad médica o toman fotos durante el acto médico y eso es incómodo, entonces no, no, no es agradable en parte y eso muchas veces puede llegar a malinterpretarse*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

Los códigos y leyes generados en relación a la práctica profesional intentan normatizar esta actividad, por tanto el profesional de la salud tiene como deber conocerlos, independiente de estos el médico tiene la obligación de ejercer una medicina segura; que aporte el cuidado respectivo a los pacientes, debe precautelar la integridad física y mental, la salud de la población y principalmente la vida; si es verdad que estas obligaciones puede generar una presión en el ejercicio diario de la medicina pero esto mantiene al médico con una conciencia de mejora diaria.

*Sí, cada vez es más riguroso el control de la práctica médica.... Yo creo que sí, que el actual sistema de salud es cada vez más riguroso lo que obliga a que uno tenga más cuidado al momento de ejercer la profesión.*

*(Testimonio de una médica Postgradista de Emergencia de 31 años)*

*Creo que las nuevas leyes influyen para lo positivo para tener más cuidado, más precaución, más que todo en los riesgos con el paciente y como respaldo médico.*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 29 años)*

*No... porque ahora si se sanciona, no se puede nomás hacer un error médico como antes y ocultarlo, ósea ahora si hay sanciones en cuanto a estos errores.*

*(Testimonio de una médica Postgradista del grupo focal de Medicina Familiar de 29 años)*

*...Es como que nos han puesto una carga, ahhh, sobre nuestras actividades laborales, eh, creo que se ha convertido nuestra profesión en vez de un placer en un servicio; se ha convertido en parte en una persecución; creo que mucho se han tergiversado algunas cosas en cuanto a la parte de las leyes médicas, o incluso ahh en los derechos de los pacientes...*

*(Testimonio de un médico Postgradista de Medicina Familiar de 34 años)*

**Seguros de responsabilidad profesional:** La globalización y el avance tecnológico han generado que se produzca un avance en el tratamiento de enfermedades y un aumento de la sobrevivencia, lo que genera, que el profesional de salud se deba mantener actualizado, sin embargo existen variables difíciles de controlar por el médico lo que genera errores y esto a su vez demanda por lo que el profesional sanitario ha optado por adquirir seguros de protección profesional ; en países desarrollados como Canadá, Estados Unidos estas aseguradoras han generado cerca de 58 % de ventas y un aumento de estas empresas a nivel del mercado de las aseguradoras.(Soberón, 1993).

*Hay algunos seguros médicos, pero no creo que sean los adecuados porque el personal que debe hacer el respaldo no solo debe manejar la parte económica sino debe tener un conocimiento en esto*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

*Deben ser abogados médicos que tengan el conocimiento real de saber que está pasando, porque otra persona sin conocimiento médico no va a entender realmente que es lo que se produjo en ese momento sea para bien o sea para mal...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 32 años)*

*...Yo personalmente no tengo ningún seguro, me respaldo en un familiar que es abogado y que tuvo mucho tiempo de trabajar en el ministerio entonces tiene conocimientos en la parte médica...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 33 años)*

*Tengo entendido que el Colegio Médico tiene algún tipo de asesoría, pero la asesoría es muy diferente a la ayuda directa, entonces la asesoría no es tan efectiva porque creo que esta nos ofrecen en todas las instituciones, pero más allá de una defensa personal; creo que estamos solos...*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 29 años)*

*...Yo creo que los formularios, son muy subjetivos, y pueden llevar a malas interpretaciones, y si estos llegan a un abogado*

*o juez que no tengan los conocimientos adecuados puede tomar acciones legales sin un conocimiento adecuado; deberíamos entrar a un tribunal de peritos expertos.*

*(Testimonio de un médico Postgradista del grupo focal de Emergencia de 28 años)*

### **Análisis:**

Los aspectos legales de la práctica profesional son un tema de preocupación entre el personal sanitario ya que involucra demandas, litigios y protección con seguros de responsabilidad profesional, la mayoría de los testimonios indican que el médico en la actualidad intenta protegerse de estas demandas aplicando la llamada medicina defensiva; es decir utilizando excesivamente las pruebas diagnósticas, las referencias a otros profesionales y descuidando aspectos fundamentales del quehacer médico como es la relación médico paciente, si bien no todos los testimonios indican que el hecho de que las leyes sean más rigurosas solamente afecten la práctica diaria ; sino que también consideran algunos de ellos que esto hace que el médico sea más cauteloso , se percate de mejor manera para evitar errores; consideran además que el error médico no ocurre como causa de un solo factor y que por tanto los aspectos legales no solo deberían enfocarse en el profesional sanitario sino en las organizaciones y sistemas de salud.

En la actualidad, la práctica de la medicina se ha vuelto más exigente con el advenimiento de nuevas tecnologías, de tratamientos más avanzados y con disponibilidad creciente de información por todas las redes tecnológicas por parte del paciente; lo que obliga al profesional a tener una mayor preparación y por ende a conocer todas las leyes que abarcan el ejercicio profesional; en nuestros testimonios vemos que ya se habla de los seguros de protección profesional aunque un gran porcentaje indica que no cuentan con uno pero que ya han tenido algún acercamiento hacia este tema.

No existe mayor diferencia entre los postgrados, tanto medicina familiar, emergencia y pediatría comparten varios criterios sobre todo en la práctica de la medicina defensiva.

A continuación, se muestra un cuadro con los principales testimonios recogidos sobre este tema y sintetizado en un gráfico posteriormente.

**TABLA N: 4.9 PRINCIPALES TESTIMONIOS SOBRE LOS ASPECTOS LEGALES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD**

**RESPALDO INSITUCIONAL**

*...Yo pienso que el error fue médico al no tener un apoyo o un respaldo institucional legalizado que le ampare al médico...*

**SEGUROS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL**

*...Hay algunos seguros medicos, pero no creo que sean los adecuados porque el personal que debe hacer el respaldo no solo debe manejar la parte economica sino debe tener un conocimiento en esto.*

**CÓDIGOS Y LEYES**

*...Creo que las nuevas leyes influncian para lo positivo para tener más cuidado, más precaución, más que todo en los riesgos con el pacientes y como respaldo médico...*

**SANCIONES**

*...En diversos lugares si hay el seguimiento, si hay incluso la sanción si esta amerita incluso de tipo verbal o escrita y he visto juicios de carácter legal de los pacientes hacia el personal de salud...*

**DEMANDAS**

*...Hemos visto casos en que la ley no es justa y ciertos médicos han sido juzgados, entonces por eso tenemos miedo al actuar frente a nuestros pacientes...*

**MEDICINA DEFENSIVA**

*...Este sistema actual de salud te obliga a ejercer una medicina defensiva, entonces qué seguridad puede haber para el paciente....*

**SISTEMA PUNITIVO FRENTE AL ERROR**

*...Yo creo que sí, que el sistema de salud es punitivo y eso causa un stress adicional al momento de administrar medicamento o realizar algún procedimiento y si se comete algún error*

**SISTEMAS DE SALUD**

*...Pero en las instituciones en donde no se lleva este protocolo de reporte de eventos adversos, muchas veces, no se reporta por simple temor...*

**Elaboración: Aucatoma K, Gavilanes M.**

**Fuente: De los Autores, sobre la base de información etnográfica**



**GRAFICO N: 4.9 ANÁLISIS DE LOS FACTORES LEGALES QUE INTERVIENEN EN LA CULTURA DE SEGURIDAD.**



**Elaboración:** Aucatoma K, Gavilanes M.

**Fuente:** De los Autores, sobre la base de información etnográfica

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Con el desarrollo de esta investigación obtuvimos las siguientes conclusiones:

### **5.1 CONCLUSIONES DEL PRESENTE TRABAJO**

#### **FORMACIÓN Y EDUCACIÓN**

1. Existe poca información sobre este tema que recuerden los médicos entrevistados de su enseñanza en el pregrado, la mayoría concuerda que se enseñó sobre normas de bioseguridad, sobre todo durante su paso por los hospitales donde se iniciaban las prácticas hospitalarias.
2. La enseñanza de este tema en el postgrado no es unificada ni siquiera para los integrantes de un mismo postgrado, esta varía de acuerdo al hospital donde estén realizando sus rotaciones, el mayor porcentaje de enseñanza se ubica en los hospitales privados, en donde por medio de charlas, talleres o como parte de una normativa se enseña temas relacionados a la cultura de seguridad.
3. La mayoría concuerda que no sería conveniente la creación de una cátedra universitaria donde se enseñe sobre este tema, sino que lo que mejora esta práctica es que cada institución implemente normas para conocer diariamente sobre este tema y que guarde relación con las prácticas que en ese momento se están realizando.

#### **CULTURA DE SEGURIDAD**

1. Existe mucha confusión entre bioseguridad y definición de cultura de seguridad, la mayoría de relatos define únicamente los parámetros de bioseguridad, solo un relato obtenido de una entrevistada del postgrado de Medicina Familiar señala el cuidado del paciente para evitar caídas, el reporte de efectos adversos, el error médico como parámetros de la cultura de seguridad.

2. Existe desconocimiento sobre los parámetros que abarca la cultura de seguridad por la mayoría de los entrevistados, la mayoría nombra un solo parámetro.

### ERROR MÉDICO

1. El concepto de error médico no se define con claridad en la mayoría de entrevistados, en lugar de definición lo relacionan con falta de conocimiento, actualización y capacitación en casi todos los testimonios.
2. Se reconocen que cualquier error médico puede ocurrir hasta en los profesionales más experimentados y con mayor trayectoria.
3. Los reportes de error médico se dan de forma interna en cada institución, más de forma oral, más no siguiendo algún protocolo estandarizado en donde se lleve algún registro de estos acontecimientos. Son pocos los lugares en donde se cuenta con estos sistemas, más en unidades privadas.

### CAUSAS DEL ERROR MÉDICO

1. De todas las causas que generan el error médico, el desconocimiento y la falta de adquisición de destrezas son la principal razón del médico considerada para la generación del mismo.
2. El cansancio físico y la sobrecarga de trabajo es otro de las causas más mencionadas, pues indican que son expuestos a largas jornadas de trabajo incluso cuando laboran en áreas críticas.
3. La falta de tiempo en la consulta médica con una carga excesiva de pacientes impiden tener una buena relación médico – paciente.
4. Factores asociados con el paciente se reconocen también como causa de error, ya que el omitir cierta información en la entrevista con el paciente, es fácil cometer errores de tipo involuntario.

5. La falta de motivación personal por parte de líderes comprometidos con la educación y el apoyo emocional a los médicos residentes es otro de los factores que asocian en su mayoría con la generación de error.
6. En su mayoría los médicos postgradistas creen aprender de sus errores, pues saben cómo evitarlo, razonándolos, promoviendo actividades, además de la reflexión y análisis.

#### ACTOS DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

1. Se conoce la mayoría de fármacos que son utilizados en la práctica diaria por parte de los postgradistas, pues mencionan la buena capacitación que reciben en cada postgrado en el manejo de fármacos, esto hace que en el momento de prescribir se sientan seguros con el manejo de casos.
2. El uso de aplicaciones médicas son herramientas de gran ayuda cuando tienen dudas o se desconoce de algún fármaco.

#### REDES DE APOYO

1. Entre las principales redes de apoyo se cita a la familia, que es la que realiza el acompañamiento en la parte emocional, y de donde el médico Postgradista puede desahogarse de sus conflictos laborales.
2. Existe poca información de cómo las redes de apoyo ayudan al mejoramiento de la cultura de seguridad, ellos asocian la comunicación de sus problemas con la familia y amigos para un mejor desempeño a posterior en el sitio de trabajo.

#### CASOS SOBRE ERRORES MÉDICOS

1. El hablar de un caso sobre error médico aun causa intranquilidad, debido a las implicaciones que este tiene a nivel tanto legal como en relación a los resultados desfavorables o fatales que pueden traer.

2. La mayoría nos comentó sobre casos que han oído o visto pero ninguno sobre casos que les hayan sucedido.

### CASOS SOBRE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

1. Existe miedo en reportar los efectos adversos de los fármacos al igual que desconocimiento del proceso, la mayoría de los entrevistados nunca han hecho un reporte a pesar de haber observado reacciones alérgicas o eventos adversos asociados a los fármacos.

### PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD

1. La retroalimentación según el mayor porcentaje de entrevistados, mejora la cultura de seguridad porque permite que los médicos con mayor experiencia puedan realizar sus enseñanzas o recomendaciones y de esta manera el médico postgradista puede ir a revisar los temas de los cuales se hizo retroalimentación; fomentando así el mejoramiento continuo.
2. Se concluye que la comunicación efectiva con el personal sanitario, así como con los pacientes es la base para el inicio de la cultura de seguridad, la mayoría de médicos entrevistados indican que comunican al tratante o a los compañeros de años superiores cuando ocurre algún error; sin embargo, no es la práctica más común el comunicar al paciente o familiares, se tiene temor de hacerlo por la reacciones o procesos legales que se puedan iniciar.
3. Existe desconocimiento sobre un adecuado sistema de reporte, los pasos que este debería seguir y a quien se debe reportar, por esta situación cerca de la mitad de los médicos entrevistados no lo hacen, aunque la consideren una práctica adecuada.

### ASPECTOS LEGALES ASOCIADOS A LA CULTURA DE SEGURIDAD

1. Ninguno de los médicos entrevistados cuenta con seguros de protección profesional, existe desconocimiento sobre la utilidad del seguro, en qué casos se debe solicitar y donde se los puede obtener.
2. Existe temor sobre el tema de las leyes, sobre las implicaciones que estas pueden tener en la práctica diaria, la mayoría indica que se controla mucho las cosas que se hacen con el paciente sobre todo para evitar problemas legales.

## 5.2 RECOMENDACIONES DEL PRESENTE TRABAJO

La cultura de seguridad, genera prácticas que evitan daños innecesarios en los pacientes, que promueven un ambiente seguro para todos los que se encuentran involucrados en el sistema sanitario, por tanto, su conocimiento y aplicación permite el mejoramiento del ejercicio de la medicina.

A continuación se indica las principales recomendaciones de acuerdo a los resultados por capítulos:

### FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

- Para mejorar el conocimiento sobre este tema es indispensable que existan enseñanzas en la formación en el pregrado, para que en el momento que el estudiante tenga su primer acercamiento con el paciente pueda poner en práctica todo el conjunto de conocimientos sobre la seguridad del paciente.
- Es importante que este tema se promueva en las prácticas clínicas para lo cual se puede poner como objetivo de cada rotación el aprendizaje de un tema específico de la cultura de seguridad, así el estudiante puede recibir retroalimentación de estos temas.
- Se sugiere mantener una comunicación efectiva entre médicos postgradistas y tutores médicos con el fin de crear un entorno de confianza que permitan la investigación de ciertas debilidades en el estudiante y sean superadas.

### CULTURA DE SEGURIDAD

- Se recomienda que en los lugares de formación médica se diferencie entre bioseguridad y cultura de seguridad, con el fin de ampliar más los conocimientos en ambos aspectos y poder aplicarlos.

- Promover la enseñanza de Cultura de Seguridad en toda su extensión, incluido parámetros que la forman para profundizar aún más conceptos y diferencias

#### ERROR MÉDICO:

- Concientizar que el errar es de humanos, y que hasta el médico más experimentado puede llegar a equivocarse, esto con el fin de no tener temor en el momento de un reporte, ya que este ayuda a la retroalimentación y formación del médico.
- Se debe promover la comunicación efectiva, evitando los castigos o la medicina punitiva en el caso de un error médico, los cuales pueden evitar que se desarrolle adecuadamente este tema.
- Profundizar más en los conceptos y causas de error médico, esto ayudaría a detectarlos con mayor rapidez por parte de los estudiantes.

#### CAUSAS DEL ERROR MÉDICO

- Considerar en la formación del postgrado la disminución de la carga horaria con el fin de tener estudiantes más lúcidos y competentes al momento de tomar decisiones.
- Tratar de utilizar el tiempo de consulta médica, con mayor provecho para satisfacer las necesidades del paciente, aunque resulte difícil por ser leyes propias del sistema de salud.
- Continuar con el estudio de los factores asociados con la ocurrencia de errores médicos, pues esto llama a la concientización y la actualización permanente.



- Continuar con los estudios sobre error médico evaluando a los tutores de los diferentes postgrados y compararlos entre ellos, en cuanto a la percepción.
- Incentivar la formación de líderes, interesados en la promoción de seguridad del paciente, el estudio de culturas y su difusión.
- Promover que la actualización médica y autoeducación es responsabilidad de cada estudiante.

#### ACTOS DE LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

- Protocolizar a nivel educativo un sistema de reporte de efectos adversos y error médico con la finalidad de obtener retroalimentación y educación permanente. A su vez esto ayudaría a los datos propios de farmacovigilancia de cada institución.
- Continuar con el uso de aplicaciones médicas probadas y otras ayudas tecnológicas para la toma de decisiones clínicas, sustentadas en información fiable y de gran calidad, pues esto ayuda a disminuir la probabilidad de generar un error por el desconocimiento de algún fármaco.
- Promover el trabajo en equipo, pues en medicina, el aporte entre sujetos ayuda a asentar mayor seguridad y confianza.

#### REDES DE APOYO

- Es importante la elaboración de estudios que involucren las diferentes redes de apoyo social no solo del paciente, sino del médico, pues existe escasa formación en este tema.

- La familia sigue siendo el ente social más importante en la red de apoyo de un médico, se recomienda continuar con el dialogo, unión y armonía.

#### CASOS SOBRE ERRORES MÉDICOS

- Una vez más se recomienda que el médico sea formado sin miedo a reconocer que se equivocó y aceptar que un error puede cambiar su actuar médico para bien.

#### CASOS SOBRE ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

- Sería de gran interés estudios sobre seguimiento de poblaciones que resultó afectada con algún efecto adverso de algún fármaco, pues ayudaría a fomentar mayores prácticas de seguridad en las instituciones hospitalarias.

#### PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD

- Promover la comunicación efectiva entre el paciente y con los mismos colegas médicos, con el fin de asumir responsabilidades y compromiso.
- Incentivar a la realización de más estudios cualitativos con base en la cultura, pues ayuda a formar médicos con mayor visión socio- cultural.
- Con cada estudio realizado se recomienda que estos sean difundidos, con el fin de mantener una información periódica a la mayoría de profesionales de los resultados obtenidos y las acciones de mejora para lograr su extensión máxima en un tema tan importante como es la de mejorar la cultura de seguridad.

- Algunos comentarios de los entrevistados sirven para estudios próximos como: evitar preguntas demasiado largas en los cuestionarios y crear un ambiente de confianza para no generar temor en el momento de la entrevista.

#### ASPECTOS LEGALES ASOCIADOS A LA CULTURA DE SEGURIDAD

- Es de beneficio conocer las leyes de salud propias del país, pues el médico debe estar totalmente informado sobre las posibles sanciones que puede tener al cometer errores médicos. Con esto también se estaría promoviendo el estudio de la cultura de seguridad con el fin de tratar de errar menos y reconocerlos para su respectiva solución y reporte.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality, (2017). AHRQ Patient Safety Network - Safety Culture. USA. Recuperado de : <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>
- 2) Aguirre Gas H, (2004). Principios éticos de la práctica médica.; Cir Ciruj:72: 503-510.
- 3) Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, (2005). Seguridad del paciente y efectos adversos relacionados con la Hospitalización asistencia sanitaria. Estudio ENEAS 2005 Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid – España.
- 4) Aibar C, (2005). La percepción del riesgo del paciente, informado al paciente consecuente. Humanitas: Humanidades médicas. Recuperado de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo3 .pdf>
- 5) Albújar-Baca Pedro Félix, (2015). Cuando el médico es el paciente. (When the doctor is the patient). Acta méd. peruana vol.32 no.3. Lima- Perú.
- 6) Arrea Carlos, (2012). ¿Trabajamos en equipo los médicos? Una realidad o solo palabras?. Acta méd. vol.54 n.3. San José, Costa Rica.
- 7) Aramini, Michele, (2007). Introducción Bioética. San Pablo, Bogotá. Colombia.
- 8) Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J, Cronenwett LR, (2007). Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors, Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, DC.
- 9) Barrios Flores LF, (2004). La responsabilidad del médico residente de anestesiología y Reanimación. Rev Esp Anesthesiol Reanim; 51(6):328-37.
- 10) Barrows H.S, (1993). An overview of the uses of standardized patient for teaching and evaluating skills. Acad. Med;68:443-451.
- 11) Bertrand Parra, Mario, (2002). El error médico. Colegio nacional del Estado de Nayarit. México DF.
- 12) Betancourt José, Cepero R, (2011). Factores que pueden afectar la seguridad del paciente AMC vol.15 no.6 nov.-dic. Camagüey.
- 13) Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Herbert I, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, (1991). Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med. 324: 370-376.

- 14) Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Schoenbach VJ, Grimson R, (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol*; 117:521-529.
- 15) Carvallo A, (2001). Consideraciones éticas sobre el error en medicina. *Rev Méd chile*; 129: 1463-5.
- 16) Carrada-Bravo T, (2002). La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev Médica IMSS*; 40:203–11.
- 17) Ciccone, Lino (2005). *Bioética, historia y principios*. Ediciones Palabra, Madrid-España.
- 18) Cleopas A, Kolly V, Bovier PA, Garnerin P; Perneger TV, (2004). Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. *Qual San Health Care.*; 13(5):344-348
- 19) Cooper J. B, (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science Agenda for Research and Development in Patient Safety of the National Patient Safety Foundation. MedGenMed. Recuperado de: <http://www.medscape.com/viewarticle/408064>.*
- 20) Cohen MR, Kilo CM, (1999). High-alert medications: safeguarding against errors. American Pharmaceutical Association. Washington, DC
- 21) Cometto C, Gómez P, Dal Sasso G, Zárate R, de Bortoli S, Falconí C, (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.
- 22) Da Silva Gama Zenewton André, (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, pag: 283-293. Rio de Janeiro, Brasil.
- 23) *Diccionario médico legal*, (2008). Derechos del paciente, Recuperado de: <http://drgoliamiguel.blogspot.com/2008/01/impericia-negligencia-iatrogenia-mala.html>
- 24) Department of Health, (2000). An organization with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. Dept. of Health. London,UK.
- 25) Demoly P, Bousquet J, (2001). Epidemiology of drug allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*; 1:305.

- 26) Donabedian A, (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration Press Vol.I. Michigan, USA.
- 27) Fellner DJ, Sulzer-Azaroff B, (1984). Increasing Industrial Safety Practices and Conditions through posted feedback. Journal of safety research, 15(1):7-21.
- 28) Fernández, G (1998): Las Redes en la Prevención de la Drogodependencia. Art Rev. Perspectivas sistémicas, número especial II.
- 29) Fernández Nélida, (2004). Los eventos adversos y la calidad de atención. Estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes pediátricos. Arch.argent.pediatr; 102(5). Argentina.
- 30) García C Marco R, (2012). La responsabilidad civil del médico en el Ecuador. Hospital General de las Fuerzas Armadas. Quito, Ecuador.
- 31) Gallardo-Rincón H, (2006). Prevención y control de los eventos adversos en hospitales. Congreso Médico de los Altos. Hospital del Centro Médico Alteño, Tepatitlán, Jalisco, México DF.
- 32) Graber M, Gordon R, Franklin N, (2002). Reducing Diagnostic Errors in Medicine: What's the goal? Acad Med N: 77: 981-992.
- 33) Gluck P, (2008). Teoría del error médico. Elsevier, Obstet Gynecol Clin N Am 35 11–17.
- 34) Harper M, Helmreich R, (2005). Identifying barriers to the success of a reporting system. Agency for Healthcare Research and Quality. USA.
- 35) Juárez-Díaz González NL, Tena-Tamayo C, (2003). Error y conflicto en el acto médico. Rev Med IMSS; 41: 461-463. México DF.
- 36) Kizer K. (2000). Ten steps you can take to improve patient safety in your facility. Briefings in Patient Safety 1:1–4.
- 37) Khon LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (1999). To err is human. Building a safer health system. National Academy Press. Washington DC.
- 38) Lacasa C, Ayestarán A, (2012). Estudio multicéntrico español para la prevención de Errores de Medicación. Resultado de cuatro años (2007-2011). EMOPEM. Farm Hosp. 36: 356-67.
- 39) Lerch M, (2003). Breakdown in communication between providers results in life-altering infection in newborn (on line). Strategies Qual Risk Manage.
- 40) Leape L, (2004). Making health care safe: Are we up to it? J Ped Surg pag: 258-266.

- 41) Lesar TS, Bricelan L, Stein D, (1997). Factors related to errors in medication prescribing. JAMA 227:312-317.
- 42) Mascarúa-Lara Eduardo, (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Universidad Autónoma de México. Volume 21, Issue 2, México DF.
- 43) Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2014). Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSPALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>.
- 44) Martínez Joaquín, (2010). Errores en la prescripción. Recuperado de: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/erroresmedicacion/017.pdf>.
- 45) Maglio Ignacio, (2013). Responsabilidad médica en la prescripción de fármacos en indicaciones no aprobadas (uso off label). Clínica del Hospital F.J Muñiz, de la Fundación Huésped e Incucai. Biblioteca Virtual Noble.
- 46) Mendoza C, Velásquez R, Mercado L, (2003). Susceptibilidad antimicrobiana de *Staphylococcus aureus* sensible, con sensibilidad “*bordeline*” y resistencia a la meticilina. Rev Med Hered: 14(4):181-185.
- 47) Organización Mundial de la Salud, (1994). Guía de la buena prescripción. Ginebra, Suiza. Recuperado de: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/medicamentos/guiadelabuenaprescripcion.pdf>.
- 48) Organización Mundial de la Salud, (2005). Alianza Mundial en pro de la seguridad del paciente, Reto mundial en pro de la seguridad del paciente 2005-2006.
- 49) Organización Mundial de la Salud, (2008). La investigación en seguridad del paciente, pag: 1 – 2. Francia. Recuperado de: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf).
- 50) Organización Mundial de la Salud, (2006). Seguridad del paciente, 59ª asamblea mundial de la salud, Ginebra, pag: 1 – 2. Recuperado de: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC3/A59REC3\\_sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/A59REC3_sp.pdf)
- 51) Organización Mundial de la salud, (2017). Página Web. Recuperado de: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/).

- 52) Oser BA, Chen R, Yee DA, (2001). Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. *Canadian J Anesth*; 48:139-146
- 53) Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido – Corro B, Domínguez- Gil A, Sánchez-Rodríguez A, (2006). Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin*; 126: 81-7. Barcelona – España.
- 54) Quintana, A. y Montgomery, W, (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM.
- 55) Salazar N, Jirón M, Escobar L, Tobar E, Romero C, (2011). Errores de medicación en pacientes críticos adultos en un hospital universitario. Estudio prospectivo y aleatorio. *Rev. Med Chile*; 139: 1458-64. Chile.
- 56) Sánchez CO, (2001). La responsabilidad profesional de los prestadores del Servicio Médico, marco jurídico para la resolución de controversias en la Legislación Mexicana; *Medicina Universitaria*; 3:97-105. México DF.
- 57) Santamaría-Benhumea N, Garduño A, (2014). Aspectos legales del error médico en México, *Rev CONAMED*; 19(1):32-36. México DF.
- 58) Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre N, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, (2014). Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de Medicina Familiar. *Aten . Fam.* 21. Murcia – España.
- 59) Soberón Fernando, (1993). La cultura del seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Médicos en México, Comisión Nacional de Seguros y Finanzas. Recuperado de : [www.cnsf.gob.mx](http://www.cnsf.gob.mx)
- 60) Solomon RC, (2006). Ethical issues on medical malpractice. *Emerg Clin North Am*; 733-747. USA.
- 61) Sonny-Bal MD, (2009). An introduction to medical malpractice claims. *Clin. Orthop. Relat. Res*; 467: 367-375. USA.
- 62) Sorra J, Nieva V, Famolaro T, Dyer N, (2007). Hospital Survey on Patient Safety Culture. Comparative Database Report. AHRQ Publication No. 07-0025. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. USA.
- 63) Soto Subiabre Mauricio, (2010). El error médico y la formación del residente, Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Internacional de Humanidades Médicas Volumen 2, Número 1*. Chile.
- 64) Studdert D, (2005). Defensive Medicine among high – risk specialist physician in a volatile malpractice environment. *JAMA*; 293: 2609-2617.



- 65) Summerton N, (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*; 312:1308.
- 66) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS, (1996). Evidence based medicine: what is and what it isn't. *BMJ* ;312:71-2
- 67) Tena C, Hernández F, (2007). *La Comunicación Humana en la relación Médico-Paciente*. Editorial Prado 2da Edición. México DF.
- 68) Vázquez-Frías José Antonio, (2011). El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto?. Departamento de Cirugía General del Centro Médico ABC. Vol. 56, Núm. 1. pp. 49 – 57. Texicala, México DF.
- 69) Vázquez-Estupiñán Felipe, Aguirre-Gas Héctor Gerardo, (2006). El error médico. Evento adverso. *Cir Ciruj*; 74:495-503.México DF.
- 70) Vélez-Álvarez Gladis Adriana, (2006). El error en la práctica médica: Una presencia ineludible. *Iatreia Revista Médica, Universidad de Antioquia*; 19: 39-46. Medellín, Colombia.
- 71) Venegas Michelle, (2016). Protocolo de vigilancia y notificación de eventos adversos, eventos centinelas e incidentes asociados a la atención. Clínica Mayor. Chile.
- 72) Vincent C, Stanhope N, Crowley M, (1995). Reason for not reporting adverse incidents: an empirical study. *J Eval Clin Pract*. 5(1):13-21.
- 73) Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD, (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. Nov 6;163(9):458–71.
- 74) WHO, (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo. USA.
- 75) Zegers M, Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, (2009). Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. USA.

## **ANEXOS:**

### **ANEXO 1: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

#### **FORMATO ENTREVISTA**

**LUGAR Y FECHA DE LA ENTREVISTA:**

**NOMBRE:**

**EDAD:**

**SEXO:**

**UNIVERSIDAD EN DONDE ESTUDIO EL PREGRADO:**

**AÑO DE GRADUACION DEL PREGRADO:**

**SE ENCUENTRA EN EL POSTGRADO DE:**

**PERSONAS QUE VIVEN CON USTED:**

**ESTADO CIVIL:**

**ENTREVISTADOR:**

#### **EVALUACION DE CONOCIMIENTOS:**

1.- QUE PIENSA USTED CUANDO ESCUCHA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD, ¿HA OIDO DE ESTO ANTES?

1.1.- QUE PARAMETROS CREE USTED QUE ABARCA LA CULTURA DE SEGURIDAD

2.- QUE ES LO QUE RECUERDA DE SU ENSEÑANZA SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD EN EL PREGRADO

3.- DONDE CREE USTED QUE APRENDIO MAS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD

3.1 ¿EN ESTE POSTGRADO HA RECIBIDO ALGUNA ENSEÑANZA SOBRE ESTE TEMA?

4.- QUE PRACTICAS CONSIDERA USTED QUE MEJORAN LA CULTURA DE SEGURIDAD EN LAS INSTITUCIONES MEDICAS

*EL ERROR MEDICO SE HA CONSIDERADO COMO UNA CONDUCTA INADECUADA DEL PROFESIONAL DE LA MEDICINA QUE SUPONE UNA INOBSERVANCIA TECNICA, CAPAZ DE PRODUCIR DAÑO A LA VIDA O AGRAVIO A LA SALUD DEL PACIENTE*

5.-TOMANDO ENCUESTA ESTE CONCEPTO ¿QUE ES PARA USTED EL ERROR MEDICO?

6.- ¿QUE HA ESCUCHADO SOBRE LOS ERRORES MEDICOS; HA ESCUCHADO O VIVIDO ALGUN CASO, ME PUEDE USTED CONTAR?

6.1 ¿ESTUVO DE ACUERDO COMO SE SOLUCIONO?

6.2 QUE CREE USTED QUE SE PUDO HACER EN ESTE CASO?

7.- ¿QUE FACTORES PIENSA QUE EN SUPOSGRADO U HOSPITAL GENERAN ERRORES MEDICOS O A SU VEZ LOS DISMINUYEN?

8.- ¿POR QUE CREE USTED QUE OCURREN LOS ERRORES MEDICOS?

9.- ¿CONOCE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS QUE USA REGULARMENTE EN LA PRACTICA MEDICA SI O NO Y PORQUE?

9.1 ¿SE SIENTE USTED SEGURO DE PRESCRIBIR LOS MEDICAMENTOS, UTILIZA ALGUNA AYUDA EJEMPLO APLICACIÓN, GUIAS, VADEMECUMS?

#### EVALUACION DE ACTITUDES:

*“TOMANDO EN CUENTA QUE UNA RED DE APOYO SUELE REFERIRSE A UN CONJUNTO DE ORGANIZACIONES YA SEA TU FAMILIA, TU GRUPO DE AMIGOS, TUS COMPAÑEROS DE TRABAJO, EL PERSONAL DE SALUD O LAS MISMAS ENTIDADES EN DONDE TU TRABAJAS”*

10.- *¿CUANDO SIENTES QUE HAY ALGO QUE NO ESTAS SEGURO DE REALIZAR EN TU PRACTICA MEDICA DIARIA A QUE RED DE APOYO TU ACUDES Y COMO TE AYUDAN?*

10.1 *EN EL CASO DE ACUDIR A MEDICOS DE RANGOS SUPERIORES, HA RECIBIDO ALGUNA RETROALIMENTACION?*

11.- ¿CUANDO POR CAUSA DE ESTE ERROR MEDICO SE PRODUCE UN DAÑO AL PACIENTE, COMO CREES QUE SE DEBE ACTUAR, USTED QUE HACE?

12.- ¿COMO LA SOBRECARGA DE TRABAJO PUEDE INFLUENCIAR EN LA GENERACION DE ERRORES?

13.- ¿USTED CONSIDERA QUE EL ERROR MEDICO DEPENDE DEL LUGAR EN DONDE SE ENCUENTRA USTED ROTANDO Y DE QUE DEPENDERIA?

14. CONOCE ALGUNA CASO EN DONDE HUBO UNA MALA PRESCRIPCION DE FARMACOS, ME PUEDE USTED CONTAR?

14.1 ¿QUE HUBIERA ECHO USTED EN ESTE CASO?

#### EVALUACION DE PRÁCTICAS:

15.- ¿QUE HARIA USTED PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD EN SU PRACTICA MÉDICA?

16. ¿CREE USTED QUE ES ADECUADO REPORTAR LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS FARMACOS; A QUIEN SE DEBERIA REPORTAR?

16.1 ¿USTED LO HA HECHO?

17. SI NO SE REPORTA EL EFECTO ADVERSO DE UN FARMACO ¿CUAL CREES QUE ES LA CUASA?

18.- CREES QUE EL SISTEMA QUE SE SIGUE CUANDO OCURRE UN ERROR MEDICO ES PUNITIVO; SI – NO Y PORQUE?

19.- SE SIENTE USTED SEGURO DE EJERCER DU PROFESION Y PORQUE

20.- COMO CREES QUE EL SISTEMA DE SALUD Y EL CODIGO ORGANICO INTEGRAL PENAL INFLUENCIAN EN TU ACTIVIDAD MEDICA DIARIA?

## **ANEXO 2: INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO FOCAL**

### **(PRESENTACION DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO)**

#### **GRUPO FOCAL N: (...)**

**TEMA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE POSTGRADOS DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR EN EL AÑO 2017.**

#### **AUTORAS:**

Dra. María José Gavilanes LLango

Dra. Karina Patricia Aucatoma Salazar

#### **DIRECTOR DE TESIS:**

Dr. Felipe Moreno Piedrahita

#### **DIRECTOR METODOLOGICO:**

Dr. Alexis Rivas

#### **OBJETIVOS DEL ESTUDIO:**

##### **Objetivo principal**

- Conocer la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas y la cultura de seguridad en la atención del paciente.

##### **Objetivos específicos**

- Identificar el nivel de conocimiento en los médicos residentes de posgrado sobre cultura de seguridad.
- Conocer las actitudes y prácticas que tienen los médicos residentes sobre cultura de seguridad del paciente.

- Describir los factores que inciden sobre los conocimientos, actitudes y prácticas en los médicos residentes hacia la cultura de seguridad en la atención del paciente.

### **ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

#### **PONTIFICIA UNIVERSIDAD DEL ECUADOR**

Este consentimiento va dirigido a los/las estudiantes de la Pontifica Universidad Católica del Ecuador mayores de 18 años, que se les invita a participar en la siguiente investigación:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD A LOS MEDICOS RESIDENTES DE POSTGRADO DE ÁREAS CLÍNICAS DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR EN EL AÑO 2017 ”**

Investigadores:

Md. Karina Patricia Aucatoma Salazar

Correo electrónico: [nary29@gmail.com](mailto:nary29@gmail.com)

Teléfono: 0983745526

Dirección: Buenos aires y los Muelles sector San Isidro del Inca

Md. María José Gavilanes Llango

Correo electrónico: [mariajose\\_gavilanes@outlook.es](mailto:mariajose_gavilanes@outlook.es)

Teléfono: 0983166030

Dirección: Calderón, casales buenaventura etapa 1, casa75.

**INFORMACIÓN Y PROPOSITO:**

Queremos conocer más sobre la autopercepción de los médicos postgradistas de áreas clínicas sobre la cultura de seguridad en los años de formación de su práctica médica y su influencia en la seguridad del paciente.

**TIPO DE INTERVENCIÓN EN LA INVESTIGACIÓN:**

Le preguntaremos sobre su edad, las actitudes que toma frente a un error clínico, conocimientos sobre seguridad clínica.

**CONFIDENCIALIDAD:**

Si usted participa en esta investigación mantendremos la confidencialidad de los datos obtenidos y nadie salvo los investigadores tendrá acceso a ella. Luego de la participación usted podría anular su consentimiento.

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma.

**RIESGOS:**

Al participar en esta investigación usted no está expuesto a ningún riesgo debido a que obtendremos la información por medio de una entrevista y por lo tanto no habrá repercusiones en su salud

**BENEFICIOS:**

Si usted participa en esta investigación, no tendrá beneficios personales sin embargo su contribución en este estudio puede servir para futuras investigaciones y mejoras a la seguridad de los pacientes.

**A QUIEN CONTACTAR:**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado la entrevista, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: Md.Karina Aucatoma Teléfono 0983745526, Md. María José Gavilanes teléfono 0983166030



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

He sido invitado a participar en la investigación sobre “**Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre cultura de seguridad**”. Entiendo que entregaré información personal. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y teléfono. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_